THEMENBAND

Johanne Pundt
Viviane Scherenberg (Hrsg.)

ERFOLGSFAKTOR GESUNDHEIT IN UNTERNEHMEN

Zwischen Kulturwandel und Profitkultur



Johanne Pundt, Viviane Scherenberg (Hrsg.)

ERFOLGSFAKTOR GESUNDHEIT IN UNTERNEHMEN

Zwischen Kulturwandel und Profitkultur



Johanne Pundt, Viviane Scherenberg (Hrsg.)

ERFOLGSFAKTOR GESUNDHEIT IN UNTERNEHMEN

Zwischen Kulturwandel und Profitkultur



Der vorliegende Themenband vertieft die Ergebnisse des 6. APOLLON Symposiums der Gesundheitswirtschaft und ergänzt den dort angestoßenen Diskurs zum Thema „Erfolgsfaktor Gesundheit in Unternehmen – Zwischen Kulturwandel und Profitkultur" facettenreich um weitere Perspektiven.

1. Auflage 2016

Projektmanagement: Corinna Dreyer, Bremen
Lektorat: Corinna Dreyer, Franziska Riedel, Bremen
Layout und Satz: Ilka Lange, Hückelhoven
Cover: © Ilka Lange, Hückelhoven
Printed in Germany

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie. Detaillierte bibliografische Daten sind abrufbar unter:
http://www.dnb.de

Den Autorinnen und Autoren des vorliegenden Themenbands war es freigestellt, welche Genderschreibweise sie verwenden. Werden Personenbezeichnungen aus Gründen der besseren Lesbarkeit nur in der männlichen oder weiblichen Form verwendet, so schließt dies das jeweils andere Geschlecht mit ein.

ISBN: 978-3-943001-23-5

http://www.apollon-hochschulverlag.de

Inhalt

Vorwort

BERNHARD BADURA

Führung, Kultur und Beziehungsklima einer Organisation sind maßgeblich verantwortlich für die Qualität der Kommunikation und Kooperation, dafür wie Konflikte bewältigt werden, welche Wertschätzung die Beiträge jedes Einzelnen erfahren und wie belohnt und befördert wird. Sie sind ferner dafür verantwortlich, dass grundlegende Regeln der Fairness und der Gerechtigkeit sowie offiziell proklamierte Grundsätze der Unternehmensführung auch tatsächlich eingehalten werden und dadurch ein Grundvertrauen in die Organisation entsteht. Dieses Grundvertrauen wiederum entscheidet über die innere Bindung und damit über den Energieaufwand und das Qualitätsbewusstsein, mit dem die Mitglieder ihrer täglichen Arbeit nachgehen und Mitverantwortung übernehmen.

Durch den globalen Wettbewerb steigen die Anforderungen und treffen auf eine älter werdende Bevölkerung. Dies erzwingt mehr Aufmerksamkeit für den Schutz und die Förderung ihrer Gesundheit. Im betrieblichen Gesundheitsmanagement geht es um Bindung durch Vertrauensbildung und Potenzialentwicklung, keineswegs nur um Vermeidung von Risiken, Belastungen und Krankheiten. Auf dem Prüfstand steht das Menschenbild der Führung. Der Schritt von der „Arbeitskraft“ zum „Mitarbeitenden“ ist noch längst nicht überall vollzogen. Entscheidend für den Organisationserfolg ist heute in erster Linie das psychische Vermögen ihrer Mitglieder. Achtsamkeit für Gesundheit bedeutet daher besondere Achtsamkeit für die psychische Gesundheit (vgl. Badura et al., 2013)[1], einem Themenkomplex, dem sich die beiden Herausgeberinnen in diesem Buch besonders gewidmet haben.

Diese These findet Bestätigung in den Ergebnissen zahlreicher Disziplinen, angefangen mit der Neuro- und Evolutionsbiologie über die Ethnologie und die Psychologie bis hin zur Soziologie, Verhaltensökonomie und zu den Gesundheitswissenschaften. Nichts inspiriert offenbar so sehr wie der persönliche Austausch „von Angesicht zu Angesicht“. In der Kooperation mit Ihresgleichen finden Menschen ihre Bestimmung und zugleich ein wirkungsmächtiges Instrument zur Daseinsbewältigung. Die evolutions- und neurobiologische Forschung korrigiert das heute verbreitete ego-

1 Badura. B./Greiner, W./Rixgens, P. et al. (2013). *Sozialkapital. Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. 2., erweiterte Auflage. Heidelberg: Springer Gabler.

zentrische Menschenbild. Das Bestreben des Menschen zielt auf Selbstentwicklung durch positiv erlebte Zwischenmenschlichkeit und gemeinsinnige Kooperation (vgl. Adolphs, 2003[2]; Insel/Fernald, 2004[3]; Tomasello, 2006[4]; Wilson, 2013[5]). Menschen streben nach Wohlbefinden durch Bindung und Ansehen. Beides stiftet Sinn und befriedigt das Bedürfnis, geachtet und gebraucht zu werden. Eine zentrale Rolle spielt dabei unser biologisches Belohnungssystem als physische Triebkraft menschlichen Handelns. Was die biologische Evolution der Menschheit „in die Wiege“ gelegt hat, wird durch die kulturelle Prägung von Kognition, Emotion und Motivation auch für Verhalten und Kooperation prägend. Menschen unterscheiden sich von ihren genetischen Vorfahren, weil ihr Denken, Fühlen und Verhalten nicht nur auf biologischer, sondern auch auf zwischenmenschlicher, „gesellschaftlicher“ Regulation beruht: zum einen durch Erwartungen „wichtiger Anderer“ (z. B. Eltern, Freunde, Vorgesetzte), zum anderen durch Erlernen „wichtiger Überzeugungen, Werte und Regeln“, mit anderen Worten durch Kultur. Kultur bildet die Grundlage für die Entwicklung von moralischem Bewusstsein und intrinsischer Motivation. Bindungen an Menschen und die Kommunikation mit ihnen bilden das Fundament für persönliches Wachstum und psychische Gesundheit – ein Leben lang. Psychische Gesundheit bedarf der Verwurzelung in einem Geflecht vertrauensvoller Beziehungen sowie erlernter Denk-, Fühl- und Verhaltensweisen. Für den Menschen ausschlaggebend ist – so die von Victor Frankl übernommene These –, ob eine Tätigkeit das Gefühl erweckt, für etwas da zu sein, „für etwas oder für jemand(en)“ (Frankl, 1992, S. 57)[6].

Die große Abhängigkeit des Kooperationsvirtuosen Mensch von Seinesgleichen begründet zugleich seine große Verwundbarkeit. Kaum etwas verletzt psychisch so sehr, wie von Mitmenschen durch Missachtung oder Zurückweisung gekränkt zu werden. Nur der Verlust wichtiger Personen, Tätigkeiten, Überzeugungen und Werte wiegt noch schwerer. Eine Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit ist daher immer auch eine Beschäftigung mit den von Menschen als wichtig erachteten Personen, Tätigkeiten und Werten als zentralen Quellen ihrer psychischen Energie. Auch das Streben nach materiellen Gütern erhält letztlich nur Sinn aus dem dadurch

---

2 Adolphs, R. (2003). *Cognitive Neuroscience of Human Social Behavior.* Neuroscience, (4), S. 165–178.
3 Insel, T. R./Fernald, R. D. (2004). *How the brain processes information: Searching for the social brain.* Annual Reviews of Neuroscience, (27), S. 697–722.
4 Tomasello, M. (2006). *Die kulturelle Entwicklung des menschlichen Denkens.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
5 Wilson, E. O. (2013). *Die soziale Eroberung der Erde.* München: Beck.
6 Frankl, V. E. (1992). *Psychotherapie für den Alltag.* 6. Auflage. Freiburg: Herder.

angestrebten Ansehen im persönlichen sozialen Netzwerk und darüber hinaus in der Arbeitswelt und Gesellschaft. Überidentifikation mit der eigenen Arbeit allerdings kann krank machen, ebenso wie eine suchtartige, d. h. unkontrollierbare Abhängigkeit von Substanzen, Überzeugungen und Mitmenschen.

Gesundheit ist zu verstehen als ein biopsychosoziales Handlungspotenzial, das seine Energie aus der intrinsischen Motivation und der sozialen Verbundenheit speist. Eine Theorie der Gesundheit sollte

- sich zur Erklärung salutogener wie auch zur Erklärung pathogener Einflüsse eignen,
- biologische, psychische und soziale Prozesse in den Blick nehmen,
- die Konsequenzen guter oder beeinträchtigter Gesundheit für die Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft mitberücksichtigen.

Die Bedeutung von Gesundheit als Handlungspotenzial hat Hans-Georg Gadamer treffend in Worte gefasst:

> „Gesundheit zeigt sich in einer Art Wohlgefühl (…) mehr noch darin, dass wir vor lauter Wohlgefühl unternehmensfreudig, erkenntnisoffen und selbstvergessen sind und selbst Strapazen und Anstrengungen kaum spüren." (Gadamer, 1993, S. 143 f.)

Mit diesem Verständnis von Gesundheit vollzieht sich die Abkehr von einer einseitig pathogenen Sichtweise („Arbeit erzeugt Stress und macht krank"). Und es entwickeln sich neue Konzepte, die sowohl die Licht- als auch die Schattenseiten der Arbeitswelt zu untersuchen erlauben und dabei ganze Organisationen in den Blick nehmen, nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen. Arbeit ist heute ganz überwiegend Kopfarbeit. Damit rückt das psychische Befinden in das Zentrum betrieblicher Gesundheitspolitik, mit anderen Worten: Die psychische Energie der Mitarbeiter sowie die darauf Einfluss nehmenden Bedingungen sind relevant. Leistungssteuerung durch Vorgaben aus der Hierarchie und durch Kontrolle, aber auch durch finanzielle Anreize verlieren an Bedeutung. Immer wichtiger werden stattdessen die Mobilisierung intrinsischer Motivation durch überzeugende Werte, Ziele und Projekte sowie weiche Faktoren wie Kultur, Klima und Führung. Organisationen können technisch sehr gut ausgestattet sein, hohe Gehälter zahlen, über ein hochqualifiziertes Personal verfügen und dennoch in Schwierigkeiten geraten. Schwinden Vertrauen, gegensei-

tiger Respekt und Gemeinsamkeiten im Denken, Fühlen und Handeln, entsteht eine krankmachende und leistungsbeeinträchtigende moralische Ödnis.

All diese wichtigen Komponenten sind in den folgenden Kapiteln angesprochen. Sie belegen damit auch, dass eine Publikation zu diesem Thema nach wie vor wegweisend und sinnvoll ist. Sowohl die Auswahl der Autoren als auch die facettenreichen Beiträge lassen hoffen, dass die Diskussionen über Gesundheit in Unternehmen vorangebracht und bereichert werden.

BERNHARD BADURA
Emeritierter Professor an der von ihm mitbegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld

Vorwort

ULRICH REINHARDT

„Der Mensch von heute hat nur ein einziges wirklich neues Laster erfunden: die Geschwindigkeit“, so schrieb der britische Autor Aldous Huxley. In seinem wohl bekannten Zukunftsroman „Brave New World“ aus dem Jahre 1931 skizziert er das Leben in einer schönen neuen Welt, in der die klugen Menschen deutlich länger arbeiten als die weniger gebildeten, in der Familie keine Rolle mehr spielt, in der die Bürger genormte Einheitsmenschen sind, die durch die Verabreichung einer pharmakologisch hervorgerufenen Glückseligkeit das Leben genießen. Bereits fünfzehn Jahre später räumt Huxley ein, dass seine fiktiven Vorstellungen wahrscheinlich viel schneller Realität werden, als er anfänglich dachte: „Damals verlegte ich die Utopie sechshundert Jahre in die Zukunft. Heute scheint es durchaus möglich, dass uns dieser Schrecken binnen eines einzigen Jahrhunderts auf den Hals kommt.“

Zweifellos hat sich vieles in den letzten Jahrzehnten verändert, leben wir doch geradezu in einem Zeitalter des Wandels: vom Klimawandel über den Struktur- und Anspruchswandel bis hin zum demografischen Wandel. Alle diese Veränderungen beeinflussen das Zusammenleben, die Werte und Normen in der Gesellschaft und auch die Zukunft der Arbeitswelt. Hierbei wird die Frage „Wie werden wir in Zukunft leben und arbeiten?“ immer öfter abgelöst durch die sicherlich bedeutendere Frage „Wie wollen wir in Zukunft leben und arbeiten?“. Aus Sicht der Bevölkerung steht hierbei mit großem Abstand die eigene Gesundheit an erster Stelle. Sie beeinflusst und entscheidet schließlich über die Möglichkeiten des Konsumgenusses, der Teilnahme an Aktivitäten jeglicher Art und auch über die eigene Arbeitszufriedenheit. Neben der Gesundheit spielt bei der Frage, was im Leben wirklich wichtig ist, aber auch das soziale Umfeld eine zentrale Rolle – von Partnerschaft über Familie und Kinder bis hin zu Freunden und Nachbarn. Kurz dahinter folgt dann bereits die Arbeit, ist diese doch für viele mehr als bloßer Broterwerb. Sie stiftet Sinn und Identifikation, prägt unser Leben und macht oftmals auch einfach Spaß. Dabei hielt sich lange Zeit die Begeisterung für die Arbeit an sich in überschaubaren Grenzen.

So symbolisiert Arbeit in der Bibel die Strafe Gottes für den Sündenfall: Erst nach der Vertreibung aus dem Paradies mussten die Menschen ihr Brot im Schweiße ihres Angesichts verdienen. Im antiken Griechenland glaubte man, dass die Arbeit den

Körper entstellt und den Geist verkümmern lässt, weshalb die Arbeit den unfreien Sklaven vorbehalten war, während sich die freien Griechen den Künsten, der Philosophie und Politik widmeten. Auch etymologisch ist der Begriff Arbeit in den meisten Sprachen nicht gerade positiv besetzt. So bedeutet etwa das mittelhochdeutsche Wort „arebeit“ Mühe, das lateinische „laborare“ ursprünglich leiden, das gotische „arbaiphs“ kann mit Not oder Bedrängnis übersetzt werden, der griechische Begriff „ponos“ mit Last, das russische „rabota“ gar mit Sklave und das spätlateinische „tripalare“ mit quälen.

Mittlerweile ist der Begriff Arbeit deutlich positiver besetzt. Dies liegt u. a. an der abnehmenden Lebensarbeitszeit, denn schon lange ist Arbeit nicht mehr das halbe Leben – im Gegensatz zum Ende des 19. Jahrhunderts, als der Großteil der Bevölkerung tatsächlich noch mindestens die Hälfte des Lebens der Arbeit widmete. Gearbeitet wurde damals zwölf Stunden pro Tag, sechs Tage die Woche, ohne Urlaub und Rentenversicherung. Das Arbeitsleben begann oftmals bereits im Jugendalter und endete erst mit dem Tod, der durchschnittlich bereits vor dem 40. Lebensjahr eintrat. Seither hat sich das Verhältnis zwischen der Berufszeit und der Zeit außerhalb des Berufs grundsätzlich verschoben. Diese Entwicklung begründet sich vor allem durch die kontinuierliche Verlängerung der statistischen Lebenszeit sowie zum kleineren Teil auch durch die Verkürzung der Arbeitszeit.

Gegenwärtig beträgt der Berufsanteil im Lebensverlauf nur rund zehn Prozent der gesamten Lebenszeit, wie die folgende Rechnung verdeutlicht: Vollzeitbedienstete haben eine durchschnittliche Netto-Jahresarbeitszeit von rund 1.600 Stunden. Multipliziert man diese Stundenzahl mit sehr großzügig angenommenen 45 Arbeitsjahren, entfallen auf die in der Arbeitswelt verbrachte Zeit etwa 72.000 Stunden. Das ist rund ein Zehntel der durchschnittlichen Lebenszeit, die in unseren privilegierten Breiten etwa 720.000 Stunden beträgt. Zukünftig wird zwar die Lebensarbeitszeit kontinuierlich ansteigen, aber noch rasanter verlängert sich die statistische Lebenserwartung, nämlich um zwei bis drei Monate pro Jahr bzw. in 20 Jahren um bis zu fünf Jahre. In den kommenden zwei Jahrzehnten wird also der Anteil der Berufszeit die Zehn-Prozent-Marke nicht über-, sondern sogar leicht unterschreiten, da es sehr unwahrscheinlich ist, dass die Lebensarbeitszeit in den nächsten 20 Jahren – in Ana-

logie zur Erhöhung der Lebenserwartung – um fünf Jahre ansteigt[7]. Dieser objektiv sehr übersichtliche berufliche Teil unseres Daseins wird subjektiv als zentraler Punkt des Lebens wahrgenommen, was sicherlich nicht nur daran liegt, dass in diesem die finanzielle Wertschöpfung für die restlichen neun Zehntel des Lebens erarbeitet werden müssen, sondern auch an den zunehmenden Anforderungen, die uns in der Arbeitswelt begegnen. Anforderungen entstehen durch eine Vielzahl an Veränderungen und Entwicklungen in der modernen Arbeitswelt, wobei sich viele dieser Faktoren wechselseitig beeinflussen. Hierzu gehören beispielsweise neue Technologien und Digitalisierung, Controlling und Eigenverantwortung, Globalisierung und Lokalisierung, Mobilität und Nachhaltigkeit, Rationalisierung und Effizienzsteigerung, Fachkräftemangel und ältere Arbeitnehmer, Kostenersparnis und Umsatzsteigerung, Migration und Geschlechterverhältnis sowie der Bedeutungszuwachs der Medien und der Bildung.

Damit Unternehmen all diesen Neuerungen und Herausforderungen angemessen und erfolgreich begegnen können, sind gesunde, leistungsfähige und motivierte Mitarbeiter von entscheidender Bedeutung. Durch Identifikation, Motivation und ein harmonisches, gesundes Arbeitsklima können Produktivität und Qualität innerhalb eines Unternehmens gesteigert werden. Zusätzlich führt dieser Faktor zu einer Verbesserung des Firmenimages nach außen, was sowohl für die Gewinnung von zukünftigen potenziellen Arbeitnehmern als auch für Kunden von zunehmender Bedeutung ist.

Deshalb gestatten Sie mir folgenden Ausblick: Auch die Deutschen leben nicht mehr, um zu arbeiten, sondern sie arbeiten, um zu leben. Hierbei wollen sie keine Job-Nomaden sein, die heute hier und morgen dort tätig sind. Vielmehr schätzen sie die Beständigkeit und Sicherheit ihres Arbeitsplatzes, wollen Anerkennung erfahren sowie Herausforderungen bestehen, bekennen sich zu ihrem Unternehmen und zeigen ein hohes Maß an Betriebstreue. Wichtig für die Arbeitswelt der Zukunft bleibt aber auch der konstruktive Umgang mit den skizzierten Wandlungsprozessen, die sowohl von der Arbeitgeber- als auch von der Arbeitnehmerseite ein hohes Maß an Reflexion, Flexibilität und Bereitschaft zur Aushandlung von Kompromissen fordern

7 Popp, R./Reinhardt, U. (2015). *Zukunft! Deutschland im Wandel – der Mensch im Mittelpunkt*. Münster: LIT Verlag, S. 81.

– gerade im Bezug auf die Themenfelder Arbeitszeit, Arbeitsort, Arbeitsumfang und Arbeitsinhalt.

Das vorliegende Werk thematisiert anschaulich viele dieser Herausforderungen und Einflussfaktoren für die Arbeitswelt und bietet gleichzeitig konkrete Lösungsansätze an. Den beiden Herausgeberinnen Prof. Dr. Johanne Pundt und Prof. Dr. Viviane Scherenberg ist es hierbei gelungen, durch zahlreiche unterschiedliche Ansätze und Blickwinkel die Relevanz der Gesundheit in der Arbeit klar und schlüssig zu verdeutlichen. Ihr Werk gibt einen umfassenden Einblick in das Thema Gesundheit in Unternehmen und leistet damit einen wichtigen Beitrag zum adäquaten Umgang mit dem Wandel der Arbeitswelt.

Lesen wir es, so lernen wir aus ihm und zeigen, dass wir fähig sind, Erkenntnisse nicht nur hinzunehmen, sondern daraus auch die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen, um auch zukünftig die Arbeitswelt erfolgreich zu meistern. Oder um es mit den Worten von Aldous Huxley zu sagen: „Wer zu lesen versteht, besitzt den Schlüssel zu großen Taten und zu unerträumten Möglichkeiten."

ULRICH REINHARDT
Professor für Empirische Zukunftsforschung an der Fachhochschule Westküste, Heide, und Wissenschaftlicher Leiter der BAT-Stiftung für Zukunftsfragen

Einleitung

Erfolgsfaktor Gesundheit in Unternehmen
Zwischen Kulturwandel und Profitkultur

VIVIANE SCHERENBERG, JOHANNE PUNDT

Das Thema *Gesundheit in Unternehmen* hat sich in den letzten Jahrzehnten als ein wahres Interventionsfeld im Wandel erwiesen. Hatte die WHO 1986 noch das Ziel formuliert, dass „die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, (…) eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein“ sollte, muss fast 30 Jahre später festgestellt werden, dass dieser ehrgeizige Anspruch leider nicht erreicht wurde. Die Veränderungen in der Arbeitswelt in Richtung Dienstleistungsgesellschaft mit modernen Informations- und Kommunikationstechnologien gehen auf der einen Seite einher mit einer Reduzierung körperlicher Belastungen; auf der anderen Seite haben arbeitsmarktpolitische Reformen in den letzten Jahren die Zahl der Arbeitsprozesse insofern beeinflusst, dass unsichere Beschäftigungsverhältnisse (wie Leiharbeit, Niedriglöhne und Befristungen) angestiegen sind. Zudem kommen erhöhte Anforderungen an Kommunikations- und Kooperationswege hinzu, die neue Berufsfelder, Qualifizierungen, Anforderungen – wie ständige Erreichbarkeit – und Arbeitsprozesse insgesamt verändern und damit eine „Entgrenzung“ von Arbeit und Privatleben zur Folge haben (vgl. Beck, 2013). Diese „neuzeitlichen“ Ansprüche können wiederum eine Quelle für psychische und psychosoziale Arbeitsbelastungen sein, die sich nicht nur in psychischen Störungen niederschlagen können, sondern oft die Ursache für körperliche Beschwerden – z. B. Muskel- und Skeletterkrankungen – sind. Dieser Zusammenhang konnte schon lange belegt werden: So gehen 49 % aller Arbeitsunfähigkeitsfälle (AU-Fälle) mit der Diagnose Rückenbeschwerden auf psychische Belastungen am Arbeitsplatz zurück, während nur 40 % körperlich bedingt sind (vgl. Bödecker et al., 2002). Die veränderten Anforderungen sorgen damit nicht nur für eine Verschiebung von Arbeitsbelastungen, sondern auch für eine ursachenbedingte Verschiebung manifestierter Erkrankungen, die sich in Arbeitsausfällen und in Frühverrentungen äußern.

Im Laufe der Jahre haben diese veränderten Dimensionen der Arbeitswelt zu großen Herausforderungen auf vielen politischen Ebenen geführt, wozu die Wirtschafts-,

Arbeitsmarkt-, Sozial- und Gesundheitspolitik gehören, und es wird versucht, das Thema regelmäßig auf die Agenda zu setzen. Angefangen bei der Rente mit 67, der Entwicklung zahlreicher Initiativen zur Forcierung der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), um die präventive Säule zu stärken, über Informationskampagnen und Beratungsangebote bis hin zur aktuellen erfolgreichen Arbeitsschutzpolitik – mit der Einführung der Gefährdungsbeurteilung bei psychischen Belastungen und dem Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und Prävention (Präventionsgesetz) – können z. T. durchaus auch positive Nachrichten vermeldet werden. Es bleibt aber fraglich, ob

> „die mit ihnen verbundenen Ansprüche – die Abfederung profitmaximierender betrieblicher Praktiken durch Empowerment der Beschäftigten und die Stärkung gesundheitsorientierter Perspektiven auf allen Ebenen einer Organisation – im Sinne eines institutionellen ‚Health Mainstreaming' in der Praxis tatsächlich eingelöst" werden können. (Kölker/Bittlingmeyer, 2013, S. 122)

Auch Kratzer und Dunkel (2011) halten in diesem Kontext die unterschiedlichen Strategien, die verhindern sollen, dass betriebliche Prävention den Ansprüchen der Kapitalverwertung allzu sehr im Wege steht, für relevant. Denn es fällt auf, dass der Gesundheitsschutz von Fragen der Leistungspolitik, der eigentlichen Arbeitsorganisation und auch der Personalbemessung losgelöst und deshalb von vornherein „entschärft" wird, „weil die gesundheitlichen Folgen betrieblicher Leistungspolitik und Organisationsgestaltung im Gesundheitsschutz weitgehend ausgeblendet bleiben" (Kölker/Bittlingmeyer, 2013, S. 123). Damit wird offensichtlich, dass es sich im Kern der Thematik (*zwischen Kulturwandel und Profitkultur*) um einen Bereich handelt, der durch gegensätzliche Interessen und soziale Machtverhältnisse strukturiert ist (vgl. Beck, 2013).

> „Heutige Arbeit, die überwiegend in und zwischen den Gehirnen der Mitarbeiter abläuft, Arbeit, die immer mehr Selbstverantwortung und Selbstorganisation verlangt und Mitarbeiter, die immer besser ausgebildet und mit einer hohen Eigenmotivation ausgestattet sind, lassen sich nicht primär durch Vorgaben aus der Hierarchie und deren penible Kontrolle steuern", hält Badura (2011, S. 8) fest.

Stattdessen sind Inspiration, Empathie und Begeisterungsfähigkeit von Führungsseite sowie soziale Kompetenzen, Loyalität und die Identifizierung mit den Unternehmensaufgaben von Mitarbeiterseite gefragt. Auch deshalb haben Badura et al. (2013) bekräftigt, dass in der heutigen hochtechnisierten Produktion von Gütern und

Dienstleistungen Human- und Sozialkapital immer wichtiger werden. Eine Unternehmenskultur, die an verbreitete Vorstellungen von Fairness, Gerechtigkeit und respektvollem Umgang anknüpft, wird sehr viel leichter Akzeptanz bei ihren Mitarbeitern finden als eine, die davon abweicht (vgl. Badura et al., 2013). Von einer gesundheitsförderlichen Unternehmenskultur kann deshalb nur dann die Rede sein, betonen die Autoren, wenn vertrauensvoll auf der Basis gemeinsamer Werte und Regeln zusammengearbeitet wird. „Ein Unternehmen ohne eine überzeugende Kultur ist wie ein Mensch ohne Persönlichkeit: Es ist eine Hülle ohne Lebenskraft und ohne Seele", hob Mintzberg bereits 2009 (S. 101) hervor.

Kultur ist ein kollektives Phänomen, das individuelles Sozial-, Gesundheits- und Entscheidungsverhalten prägt und damit wesentlich zur Berechenbarkeit und Vertrautheit auch der Arbeitsbedingungen beiträgt. Gemeinsame Gedanken, Gefühle und Motive während der Arbeit erfüllen zudem sinn- und beziehungsstiftende Funktionen (vgl. Badura/Hehlmann, 2003). Sie fördern Kohärenz und bilden sozusagen das Bindeglied und den positiven Treibstoff für jedes Unternehmen. Eine Unternehmenskultur ist damit eine wesentliche Basis kooperativen Handelns (vgl. Badura/Walter, 2014). Es zeigt sich deshalb immer wieder, dass sie spezifischen Einfluss auf Wohlbefinden, Gesundheit und auch auf Betriebserfolg hat und als ein zentrales Element in der Unternehmenspraxis nach wie vor sehr unterbewertet wird. Die Forschungsergebnisse von Badura et al. (2013) machen offensichtlich, dass es sich lohnt, den Zusammenhang von Unternehmenskultur und Sozialkapital zu nutzen, denn er ist zugleich gesundheitsförderlich und produktiv, wo es tatsächlich machbar ist, intrinsische Motivation (durch Begeisterung für Aufgaben, von deren Sinn, also Wichtigkeit und Bedeutung, man persönlich überzeugt ist), Eigeninitiative und selbstorganisiertes Handeln sowie die dafür notwendigen sozialen Kompetenzen zu kultivieren. Als Voraussetzung sind gemeinsame Kernwerte und Grundüberzeugungen sowie sinnstiftende Ziele und Aufgaben als Grundlagen von Gemeinsinn, Vertrauen und gelingender Kooperation unabdingbar. Hier schließt sich der Kreis der Korrelation zwischen Unternehmenskultur, psychischen Erkrankungen und relevanten Faktoren des Sozialkapitals (vgl. Ehresmann et al., 2015). Denn wird durch das Streben nach ständigem Erfolg im Unternehmen das Leistungspotenzial der Mitarbeiter geschwächt oder ihre Bereitschaft zur vertrauensvollen Zusammenarbeit beeinträchtigt, besteht das Risiko herabgesetzter Gesundheit und reduzierter Arbeitsqualität. Wird aber durch gezielte Interventionen das Sozialkapital gesteigert,

verbessert sich sowohl der Gesundheitszustand der Beschäftigten, als auch die Produktivität des Unternehmens.

Zentrale arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse der letzten Jahre zeigen, dass die Flexibilisierung in Richtung Vertrauens- und Projektarbeit nicht nur positiv zu deuten ist, sondern umgekehrt u. a. in einer entgegengesetzten, eher gesundheitsbeeinträchtigenden Leistungsverausgabung mündet (vgl. Becker et al., 2012). Der Paradigmenwechsel des Themas *Gesundheit in Unternehmen*, der immer wieder mit dem Wettbewerb der Unternehmen zu tun hat und innerorganisatorische Abläufe und Strukturen beeinflusst, hat demnach auch veränderte Bedingungen der heutigen marktbezogenen Steuerung zur Folge. In dieser Diskussion finden sich Argumente, die aus Sicht des Unternehmensmanagements z. B. für die Einrichtung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) sprechen. Schlichte betriebswirtschaftliche Kennzahlen – vor allem Fehlzeiten, Fluktuationen und damit verbundene Produktionsausfälle – spielen hierbei eine zentrale Rolle. Die Einführung von BGM ist zudem mit der Hoffnung verbunden, dass daraus eine Stärkung der Zufriedenheit und Mitarbeitermotivation resultiert,

> „sich das Betriebsklima und die Identifikation mit dem Unternehmen verbessern sowie die Leistungsfähigkeit, Produktivität und Qualität gefördert werden – was wiederum positive Auswirkungen auf die Wettbewerbssituation des Unternehmens und dessen Image habe“ (Kölker/Bittlingmeyer, 2013, S. 124, vgl. auch Hartmann/Traue, 1997; Froböse et al., 2008; Beck/Schnabel, 2010; Bechmann et al., 2011).

Bei der in diesem Prozess entwickelten Eigendynamik kann es zu den vielfach beschriebenen arbeitsbedingten psychischen Problemen und Erkrankungen verschiedener Couleur kommen: von innerer Kündigung und Burnout bzw. Unterforderung bis hin zum massiven Doping am Arbeitsplatz. Arbeit stellt deshalb nach wie vor einen entscheidenden Faktor für die Entwicklung im Morbiditäts- und Mortalitätsgeschehen dar (vgl. Schmucker, 2011). Denn gingen im Jahr 2004 noch 109,6 AU-Tage auf das Konto psychischer Erkrankungen, stieg die Anzahl innerhalb von 10 Jahren auf 183,7 AU-Tage pro Jahr an (vgl. WIdO, 2015). Damit sind Diagnosen im Bereich psychischer Störungen nicht nur deutlich angestiegen, sondern verursachen mit 25,2 Tagen je Fall auch einen mehr als doppelt so hohen Arbeitsausfall wie der Durchschnitt mit 11,9 Tagen je Fall im Jahre 2014 (vgl. WIdO, 2015). Als Folge davon führen psychische Erkrankungen nicht nur zu einem hohen wirtschaftlichen Produktivitätsverlust, sondern wie die „Burden of Disease Study 2010“ ermittelte,

zu 175 Millionen verlorenen Lebensjahren weltweit (vgl. Whiteford et al., 2013), die ursächlich auf psychische Belastungen und Drogenmissbrauch zurückzuführen sind (vgl. OECD, 2015). Bei der Diskussion, welche Belastungen am Arbeitsplatz besonders gesundheitsschädlich sind und ob Arbeit krank macht, darf nicht vergessen werden, dass Arbeit auch eine wichtige Ressource für die Gesundheit darstellt. Vielfache Studien belegen, dass gerade eine Arbeitslosigkeit mit gesundheitlichen Risiken im psychischen Bereich einhergeht (vgl. Friedrich-Gärtner, 2011). Auch darf nicht außer Acht gelassen werden, dass nicht nur betriebsbezogene Elemente (z. B. mangelnde soziale Unterstützung, hohe Arbeitsbelastungen), sondern auch individuumsbezogene Faktoren (z. B. Perfektionismus, hohes Kontrollbedürfnis) einen Einfluss auf das psychische Krankheitsgeschehen haben, die bei dem Versuch, die sogenannte Teufelsspirale mithilfe von nachhaltigen BGM-Maßnahmen aufzuhalten, zu berücksichtigen sind. Eine jüngste Untersuchung zeigt, dass steigender Ziel- und Ergebnisdruck in Unternehmen knapp ein Viertel der Vollzeit-Beschäftigten dazu verleitet, ein Arbeitstempo vorzulegen, das diese nach eigenen Angaben langfristig nicht durchhalten können. Dabei erreichen 18 % der Befragten oft die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit, 22 % verzichten sogar oft bis sehr oft auf Erholungspausen und jeder Achte erscheint krank im Unternehmen (vgl. Chevalier/Kaluza, 2015). Diese Situation, die langfristig kontraproduktiv für alle ist, hat die Gewerkschaften dazu motiviert, eine verbindliche Anti-Stress-Verordnung durchzusetzen (vgl. IG-Metall, 2012), die laut einer Forsa-Umfrage im Auftrag der DAK von 52 % der befragten Arbeitnehmern begrüßt wird (vgl. Forsa, 2014).

Als Hoffnungsschimmer fällt aber auf, dass eine gewisse Sensibilität für Gesundheitsthemen in Unternehmen zu spüren ist, sodass die allgemeine Akzeptanz gesundheitsfördernder Maßnahmen mittlerweile als recht hoch eingeschätzt werden kann (vgl. MDS, 2014). Zudem werden Konzepte und Maßnahmen im Zusammenhang von BGM/BGF nach wie vor – wenn auch nicht ausnahmslos – mit Elementen der Programmatik einer Humanisierung der Arbeitswelt verknüpft. Augenscheinlich ist auf der einen Seite, dass Gesundheitsthemen wie betriebliche Gesundheitsmaßnahmen und immer mehr Gütesiegel (z. B. Friendly Workspace® der Schweizer Stiftung Gesundheitsförderung, „Betriebliche Gesundheitsförderung" des österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung oder Great Place to Work® der GPTW Deutschland GmbH) von vielen Unternehmen im Zeitalter des „War of Talents" werbewirksam positioniert werden. Schaut man sich auf der anderen Seite

betriebliche Unternehmensleitbilder an, fehlt jedoch überwiegend der Hinweis auf das Interesse an einer gesunden (und motivierten) Belegschaft. Einer Befragung des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) zufolge, sind Gesundheitsziele nur zu 18–20 % aus Arbeitnehmer- und Arbeitgebersicht integraler Bestandteil von Unternehmensleitbildern oder Unternehmenszielen (vgl. DGUV, 2014). Das ist ein ernüchterndes Ergebnis; hält man sich vor Augen, dass nur das Zusammenspiel von geteilten Werten, Normen, Denkhaltungen und Paradigmen ein Nährboden für eine ausgewogene Präventionskultur in Unternehmen sein kann.

Der Gesetzgeber hat Maßnahmen zum betrieblichen Arbeitsschutz (Arbeitsschutzgesetz) und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement (SGB IX § 84 Abs. 2) zur Pflichtleistung erhoben: So stellt die betriebliche Gesundheitsförderung eine Kür für Arbeitgeber dar. Dabei wird die inhaltliche Ausrichtung präventiver Interventionen in erster Linie auf verhaltenspräventive Maßnahmen (Reduktion körperlicher Belastungen, Stressmanagement, Ernährung) gelegt und weniger auf verhältnispräventive Impulse gesetzt (z. B. gesundheitsgerechte Führung) (vgl. GKV Spitzenverband/MDS, 2014, S. 48). Kombinierte Angebote weisen eine hohe Effektivität auf, wie zahlreiche Studien beweisen (vgl. Ducki, 2013). De facto wird aber heute noch Verhältnisprävention oft im typischen gesetzlichen Arbeitsschutz verortet, von dem das BGM organisatorisch und inhaltlich weitgehend losgelöst durchgeführt wird, obwohl hiermit zwei Mittel für eine wirksame Reduzierung arbeitsbedingter Gesundheitsbelastungen zur Verfügung stehen (vgl. Lenhardt, 2003). Noch erscheint BGF lediglich als verhaltenspräventives „Add-on“ und bleibt somit weit unterhalb der Möglichkeiten einer integrierten Maßnahme betrieblicher Prävention, als das es in den ersten Literaturempfehlungen häufig diskutiert wurde (vgl. Badura et al., 1999; Lenhardt, 1999). Die Ursache mag zunächst darin begründet sein, dass die Initiatoren von verhältnispräventiven Maßnahmen immer die Gefahr eingehen, Missstände bei Entscheidern (z. B. schlechte Führungskultur) aufzudecken. Aber verhaltensabhängige Variablen sind auch schneller und leichter direkt am Mitarbeiter veränderbar als betriebliche Verhältnisfaktoren, z. B. ein unzureichender Informationsfluss (vgl. Grossarth-Maticek, 2008). Während viele Studien offenbaren, dass die Unternehmen die Bedeutung von BGM und BGF längst erkannt haben, verwundert die Tatsache, dass nur bei größeren Unternehmen (zu 69 %) BGM bereits implementiert wurde. Noch erstaunlicher ist, dass zudem gesetzliche Verpflichtungen, wie die seit 2013

geforderten psychischen Gefährdungsbeurteilungen, bisher nur zu rund 19 % umgesetzt wurden (vgl. DGUV, 2014). Das ist insgesamt ein gravierendes Defizit, das nur über engagierte Projekte, intensiven professionellen Austausch sowie über wirkungsweisende Publikationen zum Thema reduziert werden könnte.

Zielsetzung des Themenbands

Angesichts des aktuellen Status quo ist es Ziel des vorliegenden Themenbands, die eigentümlichen Diskrepanzen zwischen angegebener Wichtigkeit und tatsächlicher Umsetzung einerseits bzw. zwischen tatsächlicher Umsetzung und gelebter Gesundheitskultur seitens der Unternehmen andererseits intensiver zu analysieren. Denn obwohl vielfach Konsens darüber besteht, dass die Förderung von Gesundheit in Unternehmen unverzichtbar ist, zeigen sich in der Unternehmensrealität mitunter Faktoren, die einer Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen entgegenstehen:

- Erstens scheinen die Möglichkeiten, Interventionen des betrieblichen Gesundheitsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen, von personellen und wirtschaftlichen Ressourcen abhängig zu sein. Diese Umsetzung scheint umso problematischer, wenn mögliche Zielkonflikte zwischen wirtschaftlicher Unternehmenssicherung und gesundheitlicher Verantwortung bestehen. In Abhängigkeit von der eigenen wirtschaftlichen Lage wird durch das Unternehmen die Notwendigkeit langfristig angelegter, kombinierter verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen mehr oder weniger verfolgt.
- Zweitens werden Investitionen in die betriebliche Gesundheitsförderung oft erst langfristig sichtbar. So scheinen ökonomische Gewinne infolge einer kurzfristigen Produktivitätsverbesserung – auch z. T. unter starkem psychischen Druck – vergleichsweise rascher realisierbar zu sein, als langfristige Erfolge durch zeit- und ressourcenintensive Präventionsmaßnahmen. Hinzu kommt, dass längere Planungshorizonte in Unternehmen dem zunehmenden Leistungs- und Wettbewerbsdruck und der erhöhten Umweltdynamik zum Opfer fallen und damit langfristige Lerneffekte auch im Bereich BGM und BGF oftmals nicht stattfinden können.

Genau hier setzt der vorliegende Themenband an. Er fragt konkret danach, unter welchen Bedingungen ein gelebter Kulturwandel in Unternehmen entsteht, der die

Gesundheit von Mitarbeitern an die erste Stelle setzt, um so die wirtschaftlichen Früchte zum Wohle aller ernten zu können.[8] Damit ein in diesem doppelten Sinne gesundes Unternehmen entstehen kann, von dem Arbeitgeber und Arbeitnehmer gleichermaßen profitieren, sind diverse Aspekte zu berücksichtigen, für die der Themenband sensibilisieren möchte.

Die enthaltenen Beiträge der Autoren decken eine große inhaltliche Bandbreite ab und sprechen so die verschiedenen Akteure in den unterschiedlichen Arbeitsfeldern der Gesundheit in Unternehmen an. Hierzu wurden bewusst Themenfelder ausgewählt, die aus Aktualitätsgründen eine besondere Bedeutung einnehmen. Auf dieser Grundlage gelingt es, den skizzierten Entwicklungen und den damit verbundenen unterschiedlichen Perspektiven sowie dem Strukturwandel der Arbeitswelt adäquat und umfassend zu begegnen.

Gliederung der Beiträge

Viele Autorinnen und Autoren haben den vorliegenden Themenband mit ihren Fachbeiträgen bereichert. Dabei war es ein besonderes Anliegen aller Beteiligten, dass die Leser nicht nur wissenschaftlich fundierte Beiträge, sondern auch praxisorientierte Umsetzungshinweise erhalten. Insgesamt gliedert sich der Inhalt in 14 Beiträge von Fachexperten. Aufgrund der bereits auf dem Markt bestehenden Fachpublikationen im Umfeld des betrieblichen Gesundheitsmanagements orientiert sich die bewusste Themenauswahl an den aktuellen Trends und Herausforderungen im Bereich *Gesundheit in Unternehmen*.

I Ausgewählte Entwicklungsprozesse und Herausforderungen

Um einen einführenden Überblick zu erhalten, wird im ersten Themenblock beleuchtet, wie es um die aktuelle Arbeitszufriedenheit bestellt ist. *Oliver Stettes* zeigt anhand der Ergebnisse einer europaweiten Studie eindrucksvoll auf, dass zweifelsohne die Höhe der Entlohnung die Zufriedenheit beeinflusst, allerdings Geld allein nicht alles ist. Denn europaweit besteht Einigkeit darüber, dass insbesondere die Unter-

8 Dies veranschaulicht auch eine Übersichtsarbeit der Initiative Gesundheit und Arbeit auf der Basis von 2.400 Studien: Hier zeigt sich für die Arbeitgeberseite, dass durch betriebliche Gesundheitsförderung krankheitsbedingte Fehlzeiten um durchschnittlich ein Viertel gesenkt werden können und ein Return-of-Investment bei krankheitsbedingten Fehlzeiten von 2,73 € und bei Krankheitskosten von 3,27 € erzielt werden kann. Aus Arbeitnehmersicht belegen die analysierten Studien, dass sich die körperliche bzw. psychische Verfassung der Beschäftigten durch betriebliche Gesundheitsförderung positiv verändert hat (vgl. Bräuning et al., 2015).

stützung der Vorgesetzten die Zufriedenheit entscheidend beeinflusst. Auf diese wichtige Erkenntnis zielt der zweite Beitrag ab: *Johannes Siegrist* beschreibt darin, dass besonders Anerkennungskrisen im Beruf einen entscheidenden Einfluss auf die Höhe von Neuerkrankungsraten sowie den Krankheitsverlauf depressiver Störungen haben. Er kommt daher zu dem Schluss, dass eine angemessene Anerkennung von Vorgesetzten weit mehr ist als eine lohnende Investition in die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern.

Eine wichtige Voraussetzung dafür, Anerkennung wertschätzend weiterzugeben, aber auch dankbar annehmen zu können, ist eine gesunde Persönlichkeit. Entsprechend ist neben der Bindung und der Ermutigung der Mitarbeiter auch der Vorbildcharakter von Vorgesetzten von hoher Bedeutung. Diese Aspekte sind für die Motivation sowie mögliche Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen von Mitarbeitern ausschlaggebend, wie *Gerhard Roth* in seinem Beitrag erläutert. Aufgrund der enormen Vielschichtigkeit psychologischer und individueller Einflussfaktoren kommt der Autor zu dem Schluss, dass eine positive Einflussnahme auf das Wohlergeben von Mitarbeitern nur dann wirkungsvoll ist, wenn auf die Persönlichkeit von Mitarbeitern, ihre individuellen Motive und Ziele sowie die daraus resultierenden Belohnungserwartungen adäquat eingegangen wird.

II Ausgewählte umsetzungsspezifische Herausforderungen

Das Erkennen von Missständen innerhalb der Unternehmenskultur ist ein erster Schritt zur Verbesserung, aber was hilft es, wenn keine adäquaten Interventionen im Sinne der Mitarbeiter folgen? Deswegen beschäftigt sich der zweite Themenblock mit den Fragen: Welche Diagnoseinstrumente im betrieblichen Gesundheitsmanagement spielen für zielgruppengenaue und bedarfsgerechte Maßnahmen eine zentrale Rolle? Wie sind insbesondere in kleinen und mittleren Unternehmen Privatleben und Arbeit ausgeglichen zu vereinbaren? Warum kann Partizipation aus Sicht der Beschäftigten zu einem präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz führen? Wie lassen sich Wirksamkeit- und Wirtschaftlichkeitsnachweise der betrieblichen Gesundheitsförderung gestalten?

Wolfgang Ritter und *Stephanie Pöser* legen in ihrem Beitrag dar, mit welchen Mitteln Informationen über die gesundheitlichen Defizite und Bedürfnisse der Beschäftigten gewonnen werden können, um daraus die passenden Maßnahmen abzuleiten, die die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und fördern. Über vier Gruppen

von Analyseverfahren mit Beispielen aus der Gesundheitsbranche wird deutlich, wo hemmende und wo fördernde Bedingungen in der BGM-Diagnostik liegen.

Wer kennt als Mitarbeiter nicht die Problematik der Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben? Auf dieses Thema konzentrieren sich *Kai Seiler* und *Christin Polzer*, indem sie Daten eines Landesvergleichs von KMUs präsentieren und damit verdeutlichen, dass Konzepte und Angebote von Unternehmen, z. B. passgenaue, aber flexible Arbeitszeitgestaltungsmöglichkeiten für Beschäftigte, hier gute Gestaltungswege eröffnen.

Anschließend beschäftigt sich *Karina Becker* mit Partizipationschancen als einem wirkungsvollen Ansatz für Beschäftigte, um eine konkrete Mitarbeiterbeteiligung systematisch auf das betriebliche Gesundheitsmanagement auszudehnen. Die Autorin bekräftigt die Ansicht, Beschäftigte zu Experten in eigener Sache zu machen, denn nur auf diese Weise können Risikofaktoren gesenkt und Arbeitsbedingungen verbessert werden, um eine Stärkung des salutogenen Potenzials der Arbeit zu erreichen. Sie beschreibt sehr detailreich, wie hybride Beteiligungsinstrumente in der Praxis tatsächlich aussehen können und ergänzt diese mit Beispielen eines partizipativen Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

Im letzten Beitrag des Themenblocks zeigt *Dieter Ahrens* sehr anschaulich, wie schwierig es ist, die tatsächlichen Effekte von verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen unter die Lupe zu nehmen, auch wenn inzwischen zahlreiche Studien zu Evaluationsdesigns dazu vorliegen. In seiner methodisch-betriebswirtschaftlichen Analyse der vielfältigen Studien zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit von BGM kommt der Autor zu dem Schluss: Je höher sich die methodische Qualität der Studien darstellt, desto geringer sind die beobachteten Effekte.

III Ausgewählte zielgruppenspezifische Herausforderungen

Es liegt auf der Hand, dass sich die Arbeitsbelastungen in Abhängigkeit von der Ziel- und Berufsgruppe, jedoch auch von der Branche auffällig unterscheiden. Aus diesem Grund widmet sich der dritte Themenblock den geschlechtsspezifischen Herausforderungen, der Gruppe der Un- und Angelernten sowie den prekär Beschäftigten im Sinne von ungewollter unsicherer Beschäftigung.

Barbara Reuhl illustriert im ersten Beitrag, welche unterschiedlichen Auswirkungen die heutigen Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit von Männern und Frauen haben. Sie analysiert detailreich geschlechtsspezifische Tätigkeiten sowie

entsprechende Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten und skizziert schlussendlich notwendige Schritte und Instrumente für eine ausgewogene Geschlechterperspektive.

Beschäftigte in einfachen Tätigkeiten sind besonders stark gesundheitlich belastet, wie *Christine Busch* in ihrem Beitrag zeigt. Sie beschreibt zwei betrieblich erprobte Lösungswege in Form von spezifischen Präventionsprogrammen für diese Zielgruppe. Un- und Angelernte haben nachweislich ein höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko, ein schwächeres Gesundheitsverhalten und geringere Gesundheitsressourcen – wichtige Gründe, sich intensiver dieser Beschäftigtengruppe im präventiven Kontext zu widmen. Die Autorin präsentiert Programme, die mittels Multiplikatorenkonzept und Führungskräfteschulungen das soziale Arbeitsumfeld der Beschäftigten erreichen sowie die Kultur und Führung multikultureller Belegschaften berücksichtigen, um die Gesundheitschancen Geringqualifizierter zu verbessern.

Ergänzend dazu thematisiert das Autorenteam *Sarah Mümken, Cornelia Gerdau-Heitmann* und *Frauke Koppelin*, dass atypische Beschäftigungsformen wie Teilzeitarbeit, befristete Arbeitsformen, Leiharbeit oder auch Tätigkeiten im Niedriglohnsektor vermehrt zu verzeichnen sind und zunehmend für eine instabile und unsicher werdende Arbeitswelt stehen. Dabei fällt nach nationalem und internationalem Forschungsstand auf, dass gerade Vertreter dieser Zielgruppe in ihrer Gesundheit deutlich beeinflusst sind. Allerdings darf eine schlichte Kausalität nicht darüber hinwegtäuschen, dass insgesamt ein uneinheitliches Bild dieser Zielgruppe vorliegt und eine differenzierte Betrachtung atypischer Beschäftigungsverhältnisse von großer Relevanz ist, ohne dabei die Ursachen von Prekarität und ihren Folgen aus den Augen zu verlieren.

IV Ausgewählte neuzeitliche Herausforderungen

Der Einfluss neuer Medien und die damit verbundene ständige Erreichbarkeit stellen zweifelsohne eine neuzeitliche Herausforderung dar, die auf das Arbeitsverhalten und die Gesundheit von Mitarbeitern einen Einfluss haben kann. *Markus-Oliver Schwaab* zeigt anhand aktueller Studien und Beispiele aus der Unternehmenspraxis, wie Unternehmen diesen Herausforderungen begegnen können. Er schließt mit dem wichtigen Hinweis für Unternehmen, dass insbesondere die psychische Gefährdungsbeurteilung ein wichtiges Instrument darstellen kann, um das Kommunikationsverhalten der Beschäftigten inkl. der psychischen Auswirkungen zu reflektieren,

um ein neues Kommunikationsbewusstsein im Sinne der Mitarbeitergesundheit zu fördern und den außerbetrieblichen Trend „always on“ zu stoppen. Die so entstehende zunehmende Entgrenzung zwischen Privat- und Berufsleben fördert ein weiteres neuzeitliches Problem, wie *Stefan Poppelreuter* anhand von aktuellen Prävalenzzahlen unterschiedlicher Studien verdeutlicht: die Arbeitssucht. Ein selbstgefährdendes Arbeitssuchtverhalten von Mitarbeitern kann langfristig für Unternehmen enorm kontraproduktiv sein, da die Interaktionsfähigkeit, Leistungsfähigkeit und die Gesundheit leiden.

Darüber hinaus führt der Verzicht auf Erholung – unabhängig davon, ob durch „Ausbeutung“ oder durch „Selbstverschuldung“ verursacht – nicht selten zu einem Konsum von sogenannten pharmakologischen Neuroenhancern. Auf die Verbreitung und die Gefahren, die solche scheinbar leistungssteigernden oder beruhigenden Substanzen mit sich bringen, gehen *Susanne Hildebrandt* und *Jörg Marschall* in der Darstellung ihrer Studienergebnisse gründlich ein. Da insbesondere der Probierkonsum stark unter Mitarbeitern verbreitet ist, appellieren die beiden Autoren dafür, die Problematik des pharmakologischen Neuroenhancements stärker durch suchtpräventive Aufklärungsarbeit sowie durch geeignete Maßnahmen der Verhaltensprävention (z. B. Stressmanagement) und Verhältnisprävention (z. B. Betriebsklima) im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu berücksichtigen.

Enorm unterschätzt als Ursache psychischer Belastungen, die auch zu einer verstärkten Einnahme von Neuroenhancern führen können, ist das Boreout. Denn eine langanhaltende Unterforderung führt zu einer stark empfundenen Langeweile und mangelhaften Wertschätzung am Arbeitsplatz, die für Mitarbeiter als psychische Belastungen wahrgenommen werden, wie *Günther Vedder* und *Ella Korinth* zeigen. Mit diesem abschließenden Beitrag gelingt ein Kreuzschlag zum einleitenden Abschnitt des Themenbands, denn die Autoren verdeutlichen anhand nachvollziehbarer Fallbeispiele, wie die Zufriedenheit und die freie Entfaltung der Persönlichkeit in Mitleidenschaft gezogen werden, wenn Mitarbeiter durch langfristige Unterforderung am Arbeitsplatz u. a. in eine Anerkennungskrise geraten.

Danksagung

Ohne die geduldige und professionelle Unterstützung der Autoren, wäre dieser Themenband nicht zustande gekommen. Deshalb sei ihnen allen an dieser Stelle ganz herzlich für die konstruktive Zusammenarbeit gedankt. Selbstverständlich gilt unser Dank auch dem Verlag APOLLON University Press und dem Team von Dr. Petra Becker, insbesondere der tatkräftigen Unterstützung von Corinna Dreyer und Franziska Riedel, die mit Logik und Aufmerksamkeit zu dieser Publikation beigetragen haben.

VIVIANE SCHERENBERG, JOHANNE PUNDT
APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, Bremen

Literatur

Badura, B. (2011). *Sozialkapitalbasierte Public Health-Strategie für die Arbeitswelt*. Forum Public Health. Forschung – Lehre –Praxis, 19 (72), S. 7–9.

Badura, B./Greiner, W./Rixgens, P. et al. (2013). *Sozialkapital – Grundlagen von Gesundheit und Unternehmenserfolg*. 2. Auflage. Berlin/Heidelberg: Springer.

Badura, B./Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation.* Berlin/Heidelberg: Springer.

Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin: Edition Sigma.

Badura, B./Walter, U. (2014). *Führungskultur auf dem Prüfstand*. Badura, B./Ducki, A./Schröder, H. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 159–162.

Bechmann, S./Jäckle, R./Lück, P. et al. (2011). *Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement/BGM – Umfrage und Empfehlungen*. IGA-Report, (20), Berlin/Essen.

Beck, D. (2013). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Überlegungen zur Analyse betrieblicher Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis als Gegenstand von Politik.* Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, (49), S. 10–26.

Beck, D./Schnabel, P.-E. (2010). *Verbreitung und Inanspruchnahme von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Betreiben in Deutschland*. Gesundheitswesen, (72), S. 222–227.

Becker, K./Brinkmann, U./Engel, T. (2012). *Arbeits- und Gesundheitsschutz & Leiharbeit – zwei problematische Handlungsfelder*. Arbeit – Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, (21), S. 20–38.

Bödeker, W./ Friedel, H./Röttger, Ch. et al. (2002). *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Bräuning, D./Haupt, J./Kramer, I. et al. (2015). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012*. IGA-Report, (28). http://www.iga-info.de/veroeffentlichungen/iga-reporte/iga-report-28.html (19.09.2015).

Chevalier, A./Kaluza, G. (2015). *Psychosozialer Stress am Arbeitsplatz: Indirekte Unternehmenssteuerung, selbstgefährdendes Verhalten und die Folgen für die Gesundheit*. Gesundheitsmonitor Newsletter 1/2015.

DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2014). *„Denk an mich. Dein Rücken": Eine Befragung zu Rückengesundheit und Präventionskultur in Unternehmen.* IAG Report 1/2014. Berlin.

Ducki, A. (2013). *Betriebliche Interventionsansätze zur Bekämpfung psychischer Erkrankungen und zur Förderung psychischer Gesundheit*. Präventionsbericht 2013. Berichtsjahr 2012. Berlin/Essen, S. 24–25.

Ehresmann, C./Kockert, S./Schott, T. (2015). *Burnout bei Pflegepersonal in medizinischen Rehabilitationskliniken. Sozialkapital als Ansatzpunkt für das Betriebliche Gesundheitsmanagement.* In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit: Qualitätsstandards für zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement. Berlin/Heidelberg: Springer.

Forsa (2014). *Meinungen zu einer „Anti-Stress-Verordnung"*. http://www.dak.de/dak/download/Forsa-Umfrage_zur_Antistress-Verordnung-1479416.pdf (19.09.2015).

Friedrich-Gärtner, L. (2011). *Psychische Erkrankungen im Kontext von Arbeit*. Forum Public Health. Forschung – Lehre – Praxis, 19 (72), S. 14–15.

Froböse, I./Wellmann, H./Weber, A. (2008). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Möglichkeiten der betriebswirtschaftlichen Bewertung*. Wiesbaden: Universumverlagsanstalt.

GKV-Spitzenverband, MDS (Hrsg.) (2014). *Präventionsbericht 2014.* Berichtsjahr 2013. Berlin/Essen.

Grossarth-Maticek, R. (2008). *Synergetische Präventivmedizin: Strategien für Gesundheit.* Wiesbaden: Springer.

Hartmann, S./Traue, H. (1997). *Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention am Arbeitsplatz.* In: Weitkunat, R./Haisch, J./Kessler, M. (Hrsg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Berlin: Huber, S. 151–157.

IG-Metall (2012). *Anti-Stress-Verordnung*. http://wirkt.de/wp-content/uploads/Anti-Stress-Verordnung-Eine-Initiative-der-IG-Metall.pdf (19.09.2015).

Kölker, I./Bittlingmeyer, U. (2013). *Die „dunkle Seite" des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Zwischen Autonomie, Eigenverantwortlichkeit und strukturellen Widersprüchen*. Jahrbuch für kritische Medizin und Gesundheitswissenschaften, (49), S. 122–140.

Kratzer, N./Dunkel, W. (2011). *Arbeit und Gesundheit im Konflikt – Zur Einführung*. In: Krantzer, N./Becker, K./Hinrichs, S. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit im Konflikt. Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement. Berlin: Edition Sigma, S. 13–33.

Lenhardt, U. (2003): *Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung*. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, 11, (1), S. 18–37.

Lenhardt, U. (1999). *Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung*. Berlin: Edition Sigma.

Mintzberg, H. (2009). *Führung neu definieren*. Harvard Business Manager, (10), S. 96–103.

OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job - From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. OECD Publishing, Paris. http://dx.doi.org/10.1787/9789264228283-en (12.10.2015)

Schmucker, R. (2011). *Arbeit und Gesundheit – ein Interventionsfeld im Wandel*. Forum Public Health – Forschung – Lehre – Praxis, 19 (72), S. 2–4.

Whiteford, H. A./Degenhardt, L./Rehm, J. et al. (2013). *Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010*. The Lancet, 382 (9904), S. 1575–1586.

WIdO (2015). *Wenn Arbeit krank macht*. Pressemitteilung vom 31.03.2015. http://www.wido.de/fileadmin/wido/downloads/pdf_praevention/wido_pra_pm_krankenstand1_0315.pdf (19.09.2015).

I
Ausgewählte Entwicklungsprozesse und Herausforderungen

1 Einflussreich, gesund, gut entlohnt oder gut geführt: Wann bin ich zufrieden mit meinem Job? – Ergebnisse einer europaweiten Beschäftigtenbefragung

OLIVER STETTES

Gesunde und motivierte Beschäftigte sind ein wichtiger Faktor für den nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg. Daher sollten die Unternehmen die Bedürfnisse der Mitarbeiter in den Blick nehmen. Dies gilt nicht zuletzt vor dem Hintergrund alternder Belegschaften sowie bereits bestehender oder noch potenziell auftretender Engpässe an qualifizierten Fachkräften. Gesundheit und Motivation stehen in einem engen Zusammenhang mit der Zufriedenheit am Arbeitsplatz. Nimmt man diese als Maßstab, gelingt es den Unternehmen offenkundig hierzulande gut, die Belange der Mitarbeiter in der Gestaltung der Arbeitsbedingungen zu berücksichtigen. Beschäftigtenbefragungen signalisieren unisono, dass rund neun von zehn Beschäftigten in Deutschland mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Dies ist gerade auch im internationalen Vergleich ein hoher Zuspruch. Die Mitarbeiterbedürfnisse müssen jedoch vom Personalmanagement mit den betrieblichen Anforderungen sachgerecht ausbalanciert werden, damit sich eine hohe Arbeitszufriedenheit auch für das Unternehmen auszahlt. Ein ganzheitliches, strategisch ausgerichtetes Personalmanagement bietet die besten Voraussetzungen dafür, dass sich die Erfolgsaussichten des Unternehmens verbessern, wie das IW-Personalpanel zeigt. Daher sollten die Aktivitäten in den verschiedenen personalpolitisch wichtigen Handlungsfeldern, z. B. in der betrieblichen Gesundheitsförderung, nicht isoliert erfolgen.

Die positive Beschäftigungsentwicklung in Deutschland in den letzten Jahren, insbesondere auch im Vergleich zu anderen Ländern in Europa, ist ein Signal dafür, dass sich die Arbeitsmarktperspektiven verbessert haben. Allerdings wird von manchem Beobachter kritisiert, dass sich die Qualität der Arbeitsverhältnisse systematisch verschlechtert hätte. Als Belege für diese Hypothese werden drei Merkmale angeführt: 1) der Anstieg des Niedriglohnsektors, 2) der Bedeutungszuwachs von Beschäftigungsformen, die als „prekär" eingestuft werden, und 3) eine steigende Arbeitsbelastung mit potenziellen negativen Folgen für die Gesundheit (vgl. z. B.

Bosch, 2012). Die fortschreitende Digitalisierung der Arbeitswelt wird in diesem Zusammenhang stellenweise als weiterer Risikofaktor wahrgenommen, weil mobile Informations- und Kommunikationstechnologien die Flexibilisierung von Arbeitsort und Arbeitszeit unterstützen. Die potenziell ständige Erreich- und Verfügbarkeit der Arbeitskräfte bei aufgelösten Grenzen zwischen Arbeit und Privatleben könnte – so die Befürchtung – auf Dauer zu Überlastungen und damit zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen.

Dieses negative Bild der qualitativen Veränderungen in der Arbeitswelt steht allerdings in einem markanten Kontrast zum Urteil, das die betroffenen Beschäftigten selbst fällen. Repräsentative Personenbefragungen, in denen das Erleben der Arbeitswelt durch die Arbeitnehmer detailliert erfasst werden, zeigen unisono, dass das Gros der Beschäftigten in Deutschland mit ihrem Arbeitsverhältnis zufrieden ist. Die letzte Welle des European Working Conditions Surveys (EWCS) weist für das Jahr 2010 einen Anteil von 88,3 % der Beschäftigten in Deutschland aus, die mit ihrer Arbeit zufrieden oder sehr zufrieden sind (vgl. Eurofound, 2012). Dieser Wert ist seit 1995 (1995: 88,8 %; 2000: 88,5 %; 2005: 89,3 %) faktisch unverändert geblieben (vgl. Eurofound, 2012). Ein ähnliches Bild liefert die Erwerbstätigenbefragung des Bundesinstituts für Berufsbildung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung, 2012). Knapp 93 % der hiesigen Beschäftigten waren 2012 mit ihrer Arbeit insgesamt zufrieden oder sehr zufrieden (vgl. Wittig/Nöllenheidt/Brenscheidt, 2013, S. 42). Dies sind ebenso viele wie in der Vorgängererhebung für die Jahre 2005 und 2006 (vgl. Siefer/Beermann, 2010, S. 45). Die Befunde sprechen dafür, dass die Qualität der Arbeitsplätze hierzulande gut ist.

Die hohen Zufriedenheitswerte signalisieren zugleich, dass es den Personalverantwortlichen in den Unternehmen offenkundig im Großen und Ganzen gelingt, die Arbeitsverhältnisse so zu gestalten, dass sie die Erwartungen der Beschäftigten erfüllen sowie deren Wünsche und Bedürfnisse Berücksichtigung finden. Vor dem Hintergrund des demografischen Wandels und damit bereits vorhandener oder noch drohender Fachkräfteengpässe kann dies ausschlaggebend für die Arbeitgeberattraktivität sein. Die Ausrichtung an Mitarbeiterwünschen kann allerdings nicht die ausschlaggebende Handlungsmaxime sein, denn die wirtschaftlichen und organisatorischen Notwendigkeiten eines Betriebs bestimmen weiterhin, ob, in welchem Umfang und unter welchen Bedingungen Arbeitsplätze geschaffen oder erhalten werden. Zentrale Aufgabe des Personalmanagements ist es daher, die individuel-

len Präferenzen der Beschäftigten mit den Anforderungen des Betriebs wirkungsvoll auszutarieren.

Vor diesem Hintergrund gliedert sich der folgende Beitrag in drei Unterkapitel. In Kapitel 1.1 wird zunächst noch einmal aufgegriffen, warum sich die Arbeitszufriedenheit als Maß für die Qualität der Arbeit eignet. Dabei werden die Merkmale von Arbeitsplätzen aufgezeigt, die für deutsche Beschäftigte im Durchschnitt ausschlaggebend sind, um mit dem Arbeitsverhältnis zufrieden zu sein. Kapitel 1.2 skizziert personalpolitische Maßnahmen, mit denen diese Merkmale gefördert werden können. In diesem Zusammenhang wird mit der lebensphasenorientierten Personalpolitik ein Ansatz vorgestellt, der die Aussichten verbessern kann, Beschäftigungs- und Betriebsinteressen auszubalancieren. Kapitel 1.3 fasst zusammen.

1.1 Arbeitszufriedenheit als Näherungsmaß für die Qualität der Arbeit

Auch wenn für die meisten Menschen die Ausübung einer Arbeit der eigenen Daseinsvorsorge dient und damit aus dieser Sicht gewissermaßen eine Notwendigkeit darstellt[9], sind in einer freiheitlichen, marktwirtschaftlichen Ordnung sowohl die Wahl des Berufs als auch des Arbeitgebers grundsätzlich frei. Ein Arbeitsvertrag kommt letztlich nur zustande, wenn Bewerber mit dem freiwillig unterbreiteten Vertragsangebot des Arbeitgebers zufrieden sind und per Unterschrift zustimmen. Gleiches gilt für die Frage, ob Beschäftigte an einem bestehenden Arbeitsverhältnis festhalten. Empirische Studien zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit des freiwilligen Arbeitgeberwechsels signifikant ansteigt, wenn die Betroffenen mit dem Arbeitsverhältnis nicht zufrieden sind (vgl. z. B. Stettes, 2011, S. 49).

Welche Faktoren und Merkmale zur Zufriedenheit mit einem Arbeitsverhältnis beitragen, ist individuell höchst unterschiedlich und verändert sich i. d. R. im Zeitablauf. Gerade deshalb eignet sich die Arbeitszufriedenheit besonders gut als Indikator für die Untersuchung und Charakterisierung der Qualität der Arbeit (vgl. Schäfer et al., 2013). Auf diese Weise ist gewährleistet, dass bei der Bewertung der Qualität der Arbeit alle für den betroffenen Beschäftigten zu einem bestimmten Zeitpunkt relevanten Merkmale eines Arbeitsplatzes oder einer Tätigkeit mit einem angemes-

9 Arbeit ist darüber hinaus eine wichtige Säule für die Persönlichkeitsentwicklung und für die Herausbildung des Selbstwertgefühls. Sie erweitert auch die Möglichkeiten der gesellschaftlichen Teilhabe.

senen Gewicht Berücksichtigung finden. Es ist aber dabei zu beachten, dass die Arbeitszufriedenheit eine subjektive Bewertung aus der Perspektive der Beschäftigten darstellt, bei der Belange des Unternehmens unberücksichtigt bleiben. Die Arbeitszufriedenheit ist daher lediglich eine Approximation an die Qualität der Arbeit. Bei allen Unterschieden zwischen den Beschäftigten zeigen ökonometrische Befunde (vgl. z. B. Hammermann/Stettes, 2013, auf Basis des EWCS oder Hammermann et al., 2015), dass für viele Menschen bestimmte Arbeitsplatzmerkmale mit dem Grad der Arbeitszufriedenheit korrelieren.

1.1.1 Materielle Gesichtspunkte

Hierzu zählen zunächst Aspekte der materiellen Absicherung. Allerdings kommt es dabei weniger auf die objektiv beobachtbaren Fakten an, z. B. den Lohn in Euro, als vielmehr auf die subjektive Bewertung durch den Beschäftigten selbst. So ist z. B. die Wahrscheinlichkeit, mit der Arbeit insgesamt zufrieden zu sein, bei den Menschen höher, die auch mit ihrem Lohn und ihren Karriereperspektiven zufrieden sind. Dieser Zusammenhang ist jedoch hierzulande schwächer ausgeprägt als in vielen anderen europäischen Ländern, wie Abbildung 1.1 zeigt.

In Deutschland sind 82,0 % jener Beschäftigten mit ihrer Arbeit zufrieden, die ihre Lohnhöhe nicht als angemessen erachten (vgl. Abb. 1.1). Dies sind nur gut 13 Prozentpunkte weniger als in der Gruppe der Arbeitnehmer, die ihre Vergütung als angemessen erachten. In Finnland (87,0 % vs. 91,6 %), Dänemark (91,1 % vs. 97,7 %) und Norwegen (88,4 % vs. 94,4 %) fällt der Einfluss des Lohns auf den Anteil der Personen, die mit ihrer Arbeit zufrieden sind, relativ gering aus. Dagegen beträgt die Differenz in Albanien 52 Prozentpunkte, in Griechenland 45 Prozentpunkte und im Kosovo 37 Prozentpunkte. In Frankreich beläuft sich der Unterschied auf gut 23 Prozentpunkte.

Ein ähnliches Bild ist beim Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Bewertung der eigenen Karrierechancen zu beobachten (vgl. Hammermann/Stettes, 2013, S. 101). Wer hierzulande seine Laufbahnperspektiven als relativ unzureichend einschätzt, ist gleichwohl kaum seltener mit seiner Arbeit zufrieden als Personen, die ihre Entwicklungsmöglichkeiten positiv einschätzen (85,3 % vs. 96,0 %). Dies kann insbesondere darauf zurückgeführt werden, dass nicht jeder Beschäftigte Karriereambitionen hegt – hierzulande sind es nur knapp 48 % der Männer und

knapp 37 % der Frauen (vgl. Hammermann et al., 2015, S. 41). In Dänemark (94,4 % vs. 95,4 %) und den Niederlanden (90,8 % vs. 95,0 %) spielen die individuell bewerteten Karrierechancen hingegen fast keine Rolle für das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit. Dagegen scheinen sich die Karriereaussichten bei französischen Beschäftigten verhältnismäßig deutlich auf die Arbeitszufriedenheit niederzuschlagen (73,0 % vs. 91,7 %). In Ländern wie Albanien, Türkei, Montenegro und Griechenland liegen die Anteilswertunterschiede sogar bei 30 Prozentpunkten und mehr.

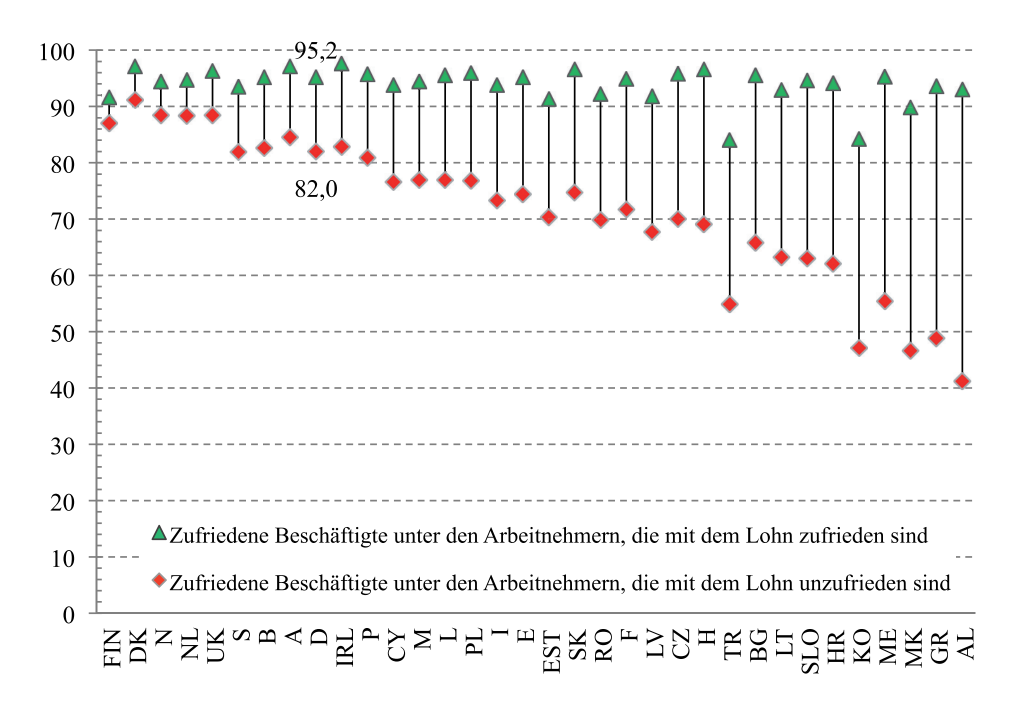


Abb. 1.1: Arbeits- und Einkommenszufriedenheit in Europa, Anteil der zufriedenen Beschäftigten, in Prozent, 2010 (Hammerschmidt/Stettes, 2013, auf Basis des EWCS, 2010)

1.1.2 Inhalt und Art der Tätigkeit

Ökonometrische Auswertungen auf Basis des EWCS zeigen darüber hinaus, dass es für viele Beschäftigte eine ebenso wichtige oder vielleicht sogar wichtigere Rolle spielt, dass sie zumindest gelegentlich entscheiden oder Einfluss darauf nehmen dürfen, welche konkreten Aufgaben erledigt werden sollen, wie dabei vorgegangen

werden soll und mit welchen Kollegen dabei zusammengearbeitet wird. Dies gilt für Arbeitnehmer in Deutschland ebenso wie in anderen europäischen Ländern (vgl. Hammermann/Stettes, 2013, S. 98 ff.).

Im EWCS kann der Aspekt Einflussgrad – neben dem Einfluss auf den Arbeitsablauf (dieses Item ist nur in der Stichprobe für Deutschland signifikant, allerdings nicht für die gesamteuropäische; vgl. Hammermann/Stettes, 2013, S. 98) – jeweils durch die Häufigkeit der Einflussnahme auf a) die Zielvereinbarungen, b) die Wahl der Teamkollegen, c) die Verwirklichung eigener Ideen, d) wichtige Entscheidungen und e) die Arbeitsorganisation abgebildet werden. Aus diesen fünf Kriterien wurde ein Indexwert berechnet, der die Beschäftigten in zwei Gruppen einteilt: Arbeitnehmer mit einem hohen und einem niedrigen Einflussgrad. Dazu wird der Durchschnitt der Punktwertsumme der fünf möglichen Ausprägungen in den oben genannten Kriterien (jeweils fünf Stufen: immer = 4, meistens = 3, manchmal = 2, selten = 1, nie = 0) berechnet und auf 100 % normiert. Eine Person weist einen hohen Grad der Einflussnahme auf, wenn sie mindestens einen Indexwert von 75 % erzielt. Dies ist z. B. dann der Fall, wenn eine befragte Person stets die Ausprägung „meistens“ berichtet. Das bedeutet, sie wird meistens bei der Festlegung ihrer Arbeitsziele gefragt, hat meistens ein Mitspracherecht bei der Auswahl der Personen, mit denen sie zusammenarbeiten soll, kann meistens ihre eigenen Ideen bei der Arbeit umsetzen, kann meistens Entscheidungen beeinflussen, die für ihre Arbeit wichtig sind und ist meistens an Verbesserungen der Arbeitsorganisation oder -abläufe beteiligt. Entsprechend setzt sich die Gruppe der Beschäftigten mit einem niedrigen Einflussgrad aus Personen zusammen, die bei keinem der fünf Kategorien berichten, wenigstens manchmal Einfluss nehmen zu können.

Abbildung 1.2 zeigt, dass bei einem geringen Einflussgrad noch rund drei Viertel der Beschäftigten in Deutschland mit ihrer Arbeit zufrieden sind. Dies sind 21,5 Prozentpunkte weniger als unter den Arbeitnehmern mit dem größten Einfluss. Dieser Anteilswertunterschied bzgl. der Arbeitszufriedenheit erscheint damit bei Fragen eines unterschiedlichen Einflusses am Arbeitsplatz deutlich größer als bei Fragen der materiellen Absicherung. Aufgrund der unterschiedlichen Dimensionen und Fragestellungen sind die Unterschiede bei den verschiedenen Items jedoch nur bedingt miteinander zu vergleichen. Ein vertiefender Blick auf die einzelnen Aspekte der Einflussnahme in Deutschland verrät, dass hierzulande bereits eine gelegentliche Beteiligung an Entscheidungen oder die Möglichkeit, hin und wieder eigene Ideen

einbringen zu können, für rund neun von zehn Beschäftigten ausreichend ist, um mit ihrer Arbeit zufrieden zu sein (vgl. Hammermann/Stettes, 2013, S. 103).

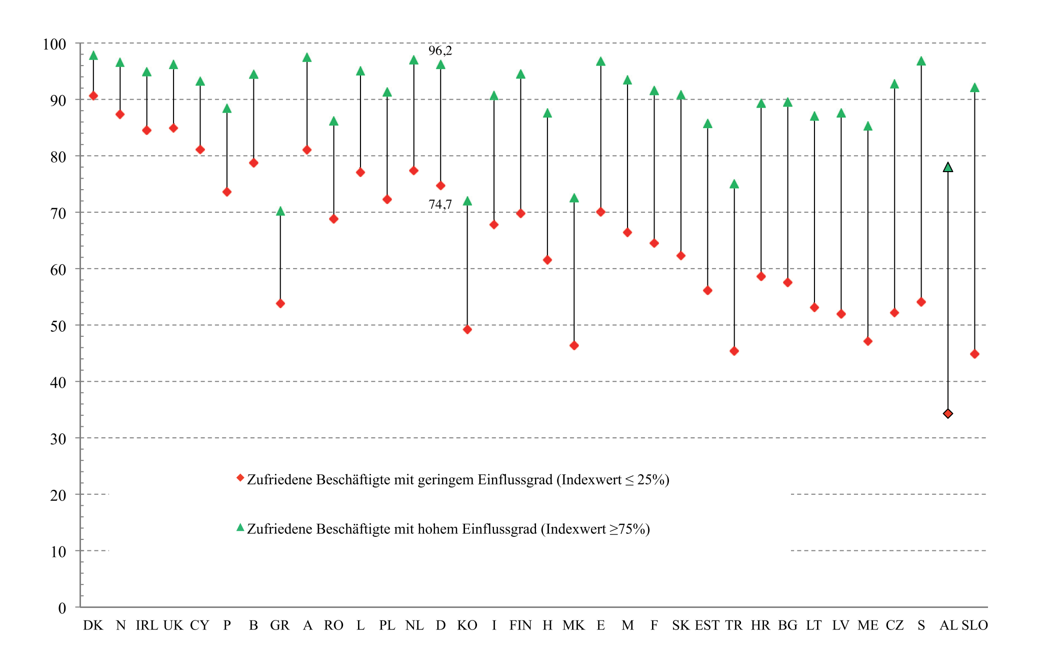


Abb. 1.2: Arbeitszufriedenheit und Grad der Einflussnahme[10] auf die Arbeit in Europa, Grad der Einflussmöglichkeit und Anteil der zufriedenen Beschäftigten, in Prozent, 2010 (Hammerschmidt/Stettes, 2013, auf Basis des EWCS, 2010)

Insgesamt rangiert die Differenz von 21,5 Prozentpunkten zwischen den zufriedenen Beschäftigten mit geringem Einfluss und den zufriedenen Beschäftigten mit hohem Einfluss im internationalen Vergleich im Mittelfeld. In Dänemark sind 90,7 % der Arbeitnehmer mit geringem Einfluss mit ihrer Arbeit zufrieden (gegenüber 97,9 % unter den einflussreichen Arbeitnehmern) und in den Norwegen immerhin noch 87,3 % (vs. 96,6 % unter den einflussreichen Beschäftigten). Dagegen sinkt der Anteil der zufriedenen Beschäftigten in Slowenien von 92,1 % (unter den einflussreichen Arbeitnehmern) auf knapp 44,9 % (unter den wenig einflussreichen Arbeitnehmern).

10 Grad der Einflussnahme: Durchschnitt der Einflussmöglichkeiten, wie häufig die Befragten a) bei der Zielfindung eingebunden sind, b) bei der Wahl der Teamkollegen mitsprechen dürfen, c) eigene Ideen verwirklichen können, d) an wichtigen Entscheidungen partizipieren und e) auf die Arbeitsorganisation Einfluss nehmen können.

1.1.3 Arbeitszeiten und Arbeitsbelastungen

Ungewöhnliche Arbeitszeiten, Zeitdruck und Stress haben in der jüngeren Vergangenheit eine starke mediale Präsenz und eine zunehmende Aufmerksamkeit in der Politik als potenzielle Risikofaktoren im Arbeitsleben erhalten. In der Tat ist die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschäftigten mit ihrer Arbeit zufrieden sind, umso geringer, je mehr die tatsächliche von der gewünschten Arbeitszeit abweicht (vgl. Hammermann/Stettes, 2013, S. 98). Während dieser Befund europaweit gilt, stehen Wochenend- oder Schichtarbeit in Deutschland in keinem signifikanten Zusammenhang zum Ausmaß der Arbeitszufriedenheit.

Gleiches gilt für Arbeitsplatzmerkmale, aus denen häufig auf besondere Belastungen oder Gesundheitsrisiken geschlossen wird. Die Auswertung der EWCS-Daten lässt für Deutschland die Vermutung zu, dass der Faktor Zeitdruck separat betrachtet als weniger belastend empfunden wird als andernorts und dass hierzulande andere Tätigkeitsmerkmale oder Faktoren einer potenziell negativen Wirkung einem zu Stress führenden hohen Arbeitstempo entgegenwirken als in anderen europäischen Ländern. Dies signalisieren auch Befunde auf Basis des BiBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung (vgl. Hammermann/Stettes, 2015).

Die Beschäftigtengruppe, die häufig in hoher Geschwindigkeit arbeitet und zugleich Stress empfindet, weist in Deutschland mit 85 % (6,5 Prozentpunkte mehr als im EU-Durchschnitt) einen immer noch hohen Anteil an Arbeitszufriedenen aus. Unter den Arbeitnehmern, die selten in hohem Tempo arbeiten und zugleich nur selten Stress empfinden, sind es 94,2 %. In der EU-27-Stichprobe fällt die Differenz mit 12,6 Prozentpunkten ebenfalls gering aus, wogegen der Anteil der mit ihrer Arbeit Zufriedenen z. B. in Frankreich und Griechenland um über 20 Prozentpunkte und in Litauen um knapp 32 Prozentpunkte geringer ausfällt, wenn die Beschäftigten berichten, sie müssten in einer hoher Geschwindigkeit arbeiten und empfänden zugleich Stress (vgl. Hammermann/Stettes, 2013).

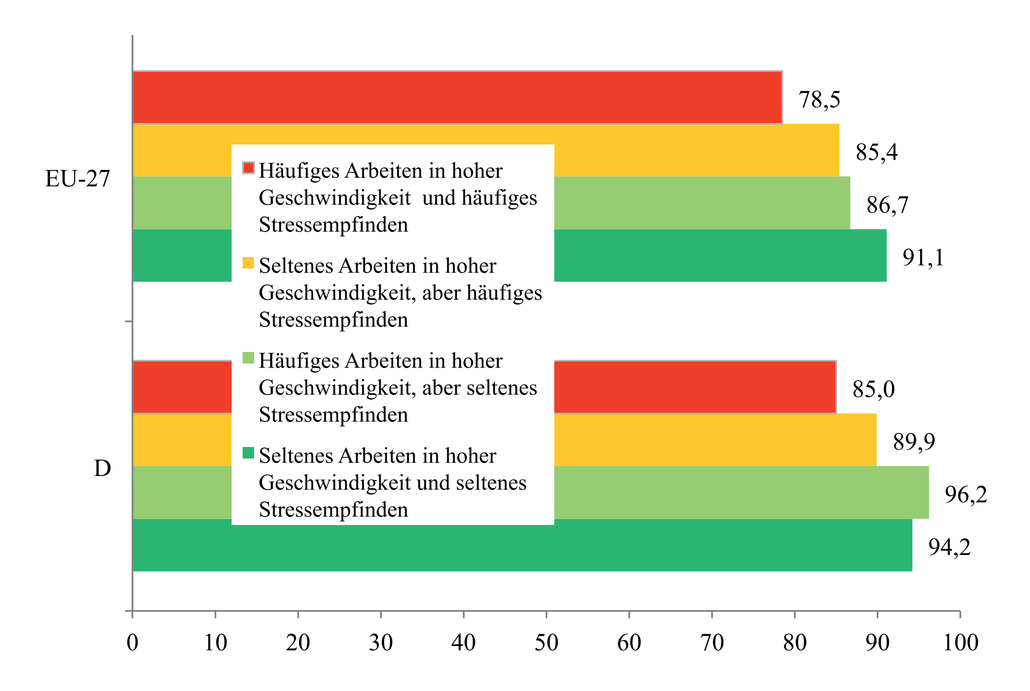


Abb. 1.3: Arbeitszufriedenheit und Stress in Europa, Anteil der zufriedenen und sehr zufriedenen Beschäftigten in Prozent, 2010 (Hammerschmidt/Stettes, 2013, auf Basis des EWCS, 2010)

1.1.4 Arbeitsklima und Führung

Die Arbeitszufriedenheit steht in einem engen Zusammenhang mit dem Verhalten der Führungskräfte. Dies gilt für hiesige Beschäftigte gleichermaßen wie für ihre europäischen Kollegen. Respektvoller Umgang ist dabei eine Selbstverständlichkeit. Wo dieser fehlt, sind hierzulande zwar noch gut 48 % der Beschäftigten mit ihrer Arbeit zufrieden (46 % in Europa), gleichwohl ist dieser Anteil deutlich geringer als bei anderen fehlenden Attributen einer Führungskraft (vgl. Tab. 1.1). Die ökonometrischen Befunde deuten darauf hin, dass hierzulande die Unterstützung durch die Vorgesetzten und deren Fähigkeit, Konflikte zu lösen, einen hohen Einfluss darauf hat, ob jemand mit der Arbeit zufrieden ist. Mit knapp 26 Prozentpunkten ist der Anteil der in Deutschland zufriedenen Beschäftigten, die ihren Vorgesetzten zugutehalten, Konflikte gut zu managen, deutlich größer als unter den Arbeitnehmern,

die ihren Führungskräften diese Eigenschaft absprechen. Zwischen Arbeitnehmern, die selten oder nie Unterstützung durch ihre Führungskraft erfahren, und jenen, die zumindest manchmal unterstützt werden, beträgt die Differenz bzgl. der Arbeitszufriedenheit gut 16 Prozentpunkte.

Tab. 1.1: Arbeitszufriedenheit und Führungsverhalten in Deutschland, Anteil der Befragten, die mit ihrer Arbeit zufrieden oder sehr zufrieden sind, in Prozent, 2010 (Hammerschmidt/Stettes, 2013, auf Basis des EWCS, 2010)

Führungskräfteverhalten	D	EU-27
Unterstützung durch den Vorgesetzten (selten oder nie)	76,9	66,6
Unterstützung durch den Vorgesetzten (manchmal, häufig, immer)	93,2	88,3
Vorgesetzter gibt Feedback (nein)	74,0	76,1
Vorgesetzter gibt Feedback (ja)	91,4	87,0
Pflegt respektvollen Umgang (nein)	48,5	46,3
Pflegt respektvollen Umgang (ja)	91,0	87,0
Gut im Lösen von Konflikten (nein)	68,1	65,4
Gut im Lösen von Konflikten (ja)	93,9	89,0
Gut im Organisieren und Planen (nein)	72,8	66,9
Gut im Organisieren und Planen (ja)	91,5	88,0
Ermutigt zur Beteiligung an wichtigen Entscheidungen (nein)	75,7	72,1
Ermutigt zur Beteiligung an wichtigen Entscheidungen (ja)	95,3	91,4

Für die Beschäftigten in den Mitgliedstaaten der EU-27 insgesamt sind neben der Unterstützung durch die Führungskraft und deren Konfliktlösungsfähigkeiten auch das Organisationstalent und Planungsvermögen sowie ein partizipativer Führungsstil wichtige Eigenschaften der Personalverantwortlichen, die die Zufriedenheit mit dem Job fördern. Die Unterstützung der Kollegen erweist sich in dieser Befragung nicht als relevanter Faktor. Auswertungen für Deutschland auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 signalisieren hingegen, dass die Unterstützung durch Mitarbeiter ebenso die Zufriedenheit am Arbeitsplatz stärkt wie das Gefühl, einer Gemeinschaft anzugehören (vgl. Hammermann et al., 2015, S. 51).

1.2 Arbeitszufriedenheit als Herausforderung für das Personalmanagement

Arbeitgeber sollten die Frage, ob ihre Beschäftigten zufrieden sind, aus Eigeninteresse im Auge behalten. Im Zuge des demografischen Wandels können es sich Unternehmen und Organisationen immer weniger leisten, dass qualifiziertes Personal aus Unzufriedenheit abwandert. Zudem steigt bei zufriedenen Mitarbeitern die Wahrscheinlichkeit, dass Leistung, Produktivität und Anpassungsbereitschaft bewahrt bleiben oder zunehmen. Was aus dieser Aufgabe konkret für die Personalarbeit und die Führungskräfte folgt, lässt sich nur bedingt allgemein formulieren. Denn es versteht sich, dass die Bedingungen im Betriebs- bzw. Organisationsumfeld den Handlungsrahmen für die Personalverantwortlichen beeinflussen.

1.2.1 Beispiel Leistungsmanagement

Wenn materielle Aspekte, wie die Zufriedenheit mit dem Einkommen, eine Rolle für die Arbeitszufriedenheit spielen, können Unternehmen durch eine entsprechende Gestaltung des Leistungsmanagements einen aktiven Beitrag dafür leisten, dass Mitarbeiter zufrieden sind und sogenannten Gratifikationskrisen vorgebeugt wird (vgl. Kap. 2). Letztere entstehen, wenn dauerhaft für die geleistete Arbeit nicht die erwartete Anerkennung in Form einer als angemessen bewerteten Vergütung erfolgt.

Eine Auswertung der 8. Welle des IW-Personalpanels ergab, dass im Jahr 2013 neun von zehn hiesigen Unternehmen Maßnahmen des Leistungsmanagements einsetzen (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 21 f.). Knapp acht von zehn Unternehmen in Deutschland bieten einen Katalog betrieblicher Sozialleistungen wie eine betriebliche Altersversorgung, eine Kantinenversorgung bzw. Essenzuschüsse, Fahrtkostenzuschüsse oder eine Unterstützung bei Betreuung von Kindern und pflegebedürftigen Angehörigen an. Diese richten sich i. d. R. an das Gros der Beschäftigten. Gut sechs von zehn Unternehmen beteiligen ihre Mitarbeiter am Unternehmenserfolg, wobei nur in insgesamt einem Drittel der hiesigen Unternehmen davon auch die Mehrheit der Belegschaftsangehörigen profitiert – in den anderen Fällen sind es nur bestimmte Mitarbeiter(-gruppen). Zielvereinbarungen und individuelle Prämienmodelle, die für die Mehrheit der Beschäftigten gelten, werden in einem Fünftel der Unternehmen eingesetzt. In weiteren knapp zwei von fünf Unternehmen richten sich diese nur an ausgewählte Mitarbeiter(-gruppen).

Aus den Daten des IW-Personalpanels 2013 geht zwar hervor, dass Unternehmen, in denen individuelle und kollektive Anreizsysteme zum Einsatz kommen, wirtschaftlich erfolgreicher sind (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 55), ob sie sich aber auch in einer höheren Zufriedenheit der Mitarbeiter niederschlagen, bleibt im Panel offen. Eine erste Auswertung des sogenannten Linked-Personnel-Panel signalisiert diesbezüglich, dass mit dem Einsatz verschiedener Leistungsmanagementsysteme (dazu zählen in dieser Befragung Leistungsbeurteilungen, Verteilungsempfehlungen für Beurteilungssysteme und verschiedene variable Vergütungsmodelle) nur im Fall einer teamorientierten Vergütungskomponente höhere Zufriedenheitswerte zu beobachten sind (vgl. Bellmann et al., 2013, S. 115 ff.).[11] Dies impliziert, dass sich die Einführung von Komponenten eines Leistungsmanagements keineswegs zwangsläufig positiv auf die Arbeitszufriedenheit auswirken muss und für eine positive Wirkung weitere Voraussetzungen vorherrschen sollten. Für das Unternehmen scheinen sich diese allerdings auszuzahlen, denn Maßnahmen des Leistungsmanagement korrelieren positiv mit verschiedenen Erfolgskennziffern (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 55).

1.2.2 Beispiel Gesundheitsmanagement

Das Arbeitsplatzmerkmal „häufiges Arbeiten in hoher Geschwindigkeit“ kommt sowohl in Kombination mit einer von dem Arbeitsplatzinhaber subjektiv häufig empfundenen Stressbelastung vor als auch einer selten empfundenen Stressbelastung. Dies signalisiert zunächst, dass Personen aus individuellen Gründen Zeit- und Leistungsdruck sehr unterschiedlich wahrnehmen und/oder andere Arbeitsplatzmerkmale die Betroffenen befähigen, mit Zeit- und Leistungsdruck so umgehen zu können, dass kein Stress entsteht (vgl. auch Hammermann/Stettes, 2015).

Gleichwohl stehen die Themen Gesundheit und Gesundheitsförderung bei den Unternehmen hoch auf der Agenda. Nicht ohne Grund: So existiert nicht nur ein stabiler Zusammenhang zwischen Gesundheitszustand und Arbeitszufriedenheit (vgl. z. B. Hammermann/Stettes, 2013; Hammermann et al., 2015), sondern die gesundheitliche Verfassung der Beschäftigten entscheidet auch, ob und wie diese in einem längeren Erwerbsleben verweilen können. Es verwundert daher wenig, wenn zwei

11 Da es sich ebenfalls nur um eine Querschnittsbetrachtung handelt, kann die Kausalitätsfrage gleichwohl nicht geklärt werden.

Drittel der Unternehmen in Deutschland sagen, dass sie Maßnahmen des Gesundheitsmanagements durchführen, um die Beschäftigungsfähigkeit älterer Mitarbeiter zu erhalten (vgl. IW-Consult, 2014). Sieben von zehn Unternehmen geben an, dass sie durch Maßnahmen des Gesundheitsmanagements die Leistungsfähigkeit steigern wollen. Ebenso viele wollen so die Motivation der Belegschaft erhöhen. Wichtigstes Motiv bleibt allerdings eine Verringerung von Erkrankungen und Krankheitstagen (77 %).

Abbildung 1.4 zeigt, dass die Unternehmen bei der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung mit der Arbeitsplatzgestaltung und der Organisation der Arbeitsprozesse mehrheitlich die Aspekte aktiv angehen, die auch in ihrem Einflussbereich liegen. Schulungs-, Beratungs- oder Gesundheitsprogramme können die Beschäftigten auf gesundheitsförderliches Verhalten am Arbeitsplatz und im Privatleben aufmerksam machen oder dieses unterstützen. Gut jedes achte Unternehmen richtet seinen Fokus bereits aktiv auf die Führungskräfte und befähigt diese zu einem gesundheitsgerechten Führungsstil (vgl. IW-Personalpanel, 2014). Auch wenn die Motivlage der Unternehmen darauf hindeutet, dass man sich von einer freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderung positive Auswirkungen auf Krankenstand und Motivation verspricht, sind die empirischen Befunde nicht eindeutig. Auswertungen auf Basis des IW-Personalpanels zeigen z. B., dass die isolierte Durchführung der verschiedenen Maßnahmen eines freiwilligen Gesundheitsmanagements nicht zwangsläufig mit einem geringeren Krankenstand einhergeht (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 37). Dagegen signalisieren Bellmann et al. (2013, S. 135), dass in Betrieben mit einem zertifizierten Gesundheitsmanagement der Krankenstand niedriger und die Arbeitszufriedenheit höher ist als in Betrieben ohne entsprechende Gesundheitsförderung.

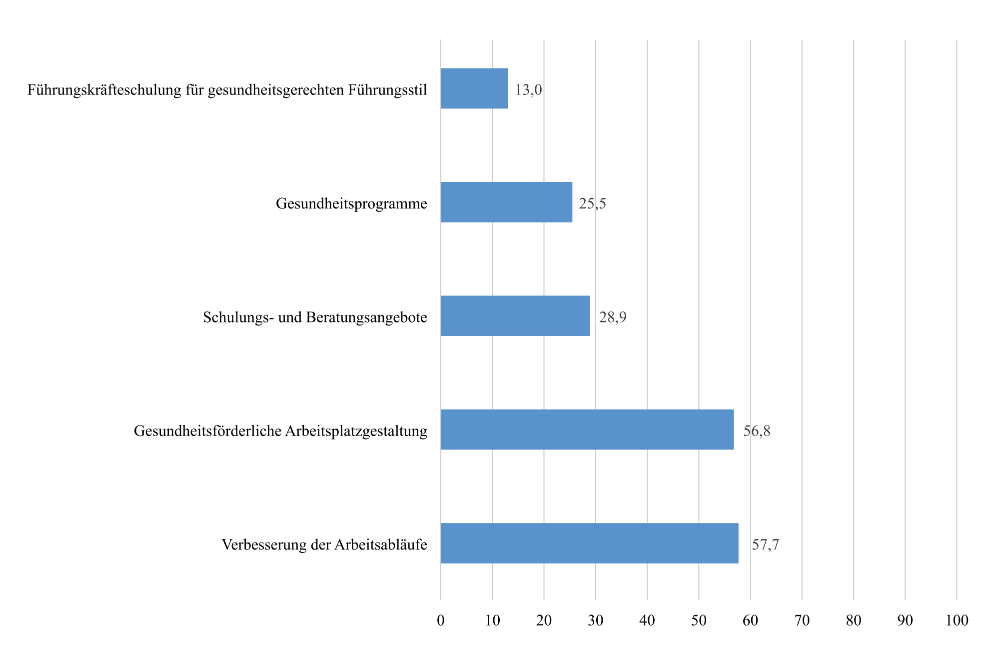


Abb. 1.4: Maßnahmen im Gesundheitsmanagement, Anteil der Unternehmen mit einer spezifischen Maßnahme in Prozent – Mehrfachantworten (IW-Personalpanel, 2014)

1.2.3 Lebensphasenorientierte Personalpolitik – ein ganzheitlicher Ansatz

Eine Fokussierung auf bestimmte personalpolitische Maßnahmen oder Handlungsfelder mag angesichts einer konkreten Ausgangssituation daher zwar naheliegen, ist aber selten ein Garant für Effektivität und Effizienz des Personalmanagements (vgl. Hammermann/Stettes, 2014). Wenn dieses einen Beitrag zum nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens leisten soll, müssen die betrieblichen Anforderungen mit den Interessen der Beschäftigten effektiv und effizient austariert werden können. Dazu sind mehrere Voraussetzungen zu erfüllen:

Jedes Unternehmen oder jede Organisation, aber auch jede Abteilung, sollte erstens für sich geklärt haben, ob die Personalarbeit einer Leitlinie folgt und, wenn ja, ob diese zu den wirtschaftlichen Zielen der Organisation als Ganzes und den operativen Zielen des Personalmanagements passt. Dies trifft nach eigener Einschätzung auf immerhin acht von zehn Unternehmen hierzulande zu (vgl. IW-Personalpanel, 2013).

Wer z. B. die Unternehmensleitlinie „Interessen und Bedürfnisse der Beschäftigten und der Kunden sind gleichrangig" verfolgt, wird mit Blick auf eine familienbewusste Personalpolitik andere Antworten auf bestimmte personalpolitische Herausforderungen, z. B. Rekrutierungsschwierigkeiten oder hohe Mitarbeiterfluktuation, finden als Einrichtungen mit der Maxime „zuerst die Kunden, dann die Mitarbeiter". Wo keine Leitlinie existiert oder diese nicht im Alltag gelebt wird, ist das Risiko groß, dass widersprüchliche Signale an die Beschäftigten ausgesendet werden und die Identifikation mit dem Arbeitgeber und die Zufriedenheit mit dem eigenen Arbeitsverhältnis sinken. Denn wer sich mit den Vorstellungen des Unternehmens identifizieren kann, wird eher mit der Arbeit und dem Arbeitgeber zufrieden sein, sich eher bewerben oder eher bleiben als Personen mit konträren Vorstellungen dazu.

Eine Leitlinie hilft, dass Führungskräfte im Alltag mit den Beschäftigten so umgehen, sie so unterstützen, die Arbeit so organisieren und planen und Konflikte so lösen, wie es auf der einen Seite für die betrieblichen Anforderungen erforderlich ist, aber auf der anderen Seite den Erwartungen der Beschäftigten nahekommt. Sie hilft auch beim Personalmarketing, der Personalgewinnung und dem Austrittsmanagement, bei der Konkretisierung der Arbeitsaufgaben und Ausgestaltung der Arbeitsorganisation, bei der Personalentwicklung und Gesundheitsförderung sowie beim Leistungsmanagement und der Laufbahnplanung. Immerhin die Hälfte der kleinen Unternehmen (5 bis 49 Beschäftigte) und bis zu knapp 79 % der großen Unternehmen (250 und mehr Beschäftigte) haben ein Leitbild oder einen Wertekodex verankert, das bzw. der Orientierung für die Mitarbeiterführung bietet (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 25).

Erforderlich für ein Personalmanagement, das zum nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens beiträgt, ist zweitens eine systematische und mittel- bis langfristige Personalplanung, mit der die betrieblichen Anforderungen erfasst werden. Dies gilt allemal vor dem Hintergrund alternder Belegschaften und potenzieller Fachkräfteengpässe. Wer sich über die Alters- und Qualifikationsstrukturen der Belegschaft heute und deren Entwicklung in mittlerer und längerer Frist im Klaren ist, wird personalpolitische Instrumente besser auf die betrieblichen Anforderungen ausrichten können. Entsprechend ist eine systematische Personalplanung hierzulande in jedem dritten Unternehmen etabliert (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 23). Unter den großen Einrichtungen trifft dies auf jede zweite zu. Eine systematische Personalplanung ist auch Voraussetzung dafür, dass überprüft werden kann, ob per-

sonalpolitische Maßnahmen so umgesetzt worden sind wie geplant und ob diese die erhofften Wirkungen erzielt haben. Immerhin die Hälfte der hiesigen Unternehmen nimmt sich der regelmäßigen Analyse der Stärken und Schwächen der eigenen Personalpolitik an (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 25).

Die Wirkung von personalpolitischen Maßnahmen steht drittens in engem Zusammenhang mit der Akzeptanz in der Belegschaft. Dieser Aspekt bringt die Bedürfnisse, Interessen und Erwartungen der Mitarbeiter ins Spiel. Jedoch müssen Personalmanagement und Führungskräfte diese auch kennen, um sie bei der Personalarbeit berücksichtigen zu können. Mitarbeiterbefragungen und vor allem institutionalisierte Vier-Augen-Gespräche zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten sind hilfreiche Informationsquellen. Letztere können zwar auch informell gehalten werden, allerdings drohen sie in der Hektik des betrieblichen Alltags unterzugehen. Eine regelmäßige Ansetzung in einem bestimmten Turnus (halbjährlich/jährlich) erhöht die Verbindlichkeit eines Gesprächs über berufliche Vorstellungen und Ziele der Mitarbeiter sowie über Anforderungen und Möglichkeiten der Abteilung bzw. des Unternehmens.

Auf diese Weise entsteht am ehesten bei den Personalverantwortlichen ein Bewusstsein dafür, dass sich Bedürfnisse und Interessen der Beschäftigten im Zeitablauf und je nach Lebensphase ebenso verändern wie betriebliche Anforderungen und dass das Personalmanagement hierauf eine angemessene, flexible Antwort finden muss. Rund zwei Drittel der Unternehmen hierzulande erheben für sich den Anspruch, den Einsatz der personalpolitischen Maßnahmen flexibel an sich verändernde Mitarbeiterbedürfnisse auszurichten (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 25). Welche dies dann konkret sind, lässt sich jedoch nicht verallgemeinern.

Verallgemeinern lässt sich hingegen etwas anderes: Wenn die oben genannten Voraussetzungen erfüllt sind, verbessern sich die Chancen für ein Unternehmen, dass die betrieblichen Anforderungen und die Wünsche der Beschäftigten ausbalanciert sind. Damit steigen auch die Aussichten, wirtschaftlich erfolgreich zu sein. Unternehmen, die einem ganzheitlichen, lebensphasenorientierten personalpolitischen Ansatz folgen, der die obigen Elemente berücksichtigt, schneiden sowohl bei personalpolitisch relevanten Kennziffern, z. B. dem Krankenstand, als auch bei wirtschaftlichen Kennziffern, z. B. der Innovationsaktivität oder dem Jahresergebnis, signifikant besser ab als andere Betriebe (vgl. Hammermann/Stettes, 2014, S. 35 ff.). Die zugrundeliegende Untersuchung gibt zwar keinen Aufschluss über das Ausmaß

der Arbeitszufriedenheit. Es darf aber vermutet werden, dass sich ein solcher Erfolg zwar im Einzelfall auch bei einer unzufriedenen Belegschaft kurzfristig einstellen mag, allerdings nicht systematisch und auch nicht langfristig.

1.3 Schlussbemerkungen

Ein strategisches Personalmanagement, das die unterschiedlichen Bedürfnisse der Mitarbeiter und die unternehmerischen Anforderungen systematisch in den Blick nimmt und angemessen austariert, kann ein solides Fundament für den nachhaltigen wirtschaftlichen Erfolg eines Unternehmens legen. Auch wenn es kein Garant hierfür ist, erhöht es doch die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschäftigten die Ziele der Unternehmung aktiv mittragen und ihre Kompetenzen und Fähigkeiten hierfür mobilisieren – und zwar unabhängig von ihren jeweiligen Lebensumständen. Ein systematisches Personalmanagement ist daher auch eine Daueraufgabe. Der große Anteil zufriedener Beschäftigter hierzulande signalisiert, dass die Unternehmen dabei vielerorts auf einem guten Weg sind.

Literatur

Bellmann, L./Bender, S./Bossler, M. et al. (2013). *Arbeitsqualität und wirtschaftlicher Erfolg: Längsschnittstudie in deutschen Betrieben*. Forschungsbericht Arbeitsmarkt 442. Berlin: BMAS. http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/forschungsbericht-fb-442-arbeitsqualitaet.pdf?__blob=publicationFile (18.06.2015).

Bosch, G. (2012). *Prekäre Beschäftigung und Neuordnung am Arbeitsmarkt. Expertise im Auftrag der Industriegewerkschaft Metall*. Duisburg: Universität Duisburg/Essen.

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2013). *Wachsender Psycho-Stress, wenig Prävention – wie halten die Betriebe es mit dem Arbeitsschutzgesetz? So beurteilen die Beschäftigten die Lage, Ergebnisse der Repräsentativumfrage 2012 zum DGB-Index Gute Arbeit*. Berlin: DGB-Index Gute Arbeit GmbH.

Eurofound (2012). *Trends in job quality in Europe*. Luxemburg: Publications Office of the European Union.

Hammermann, A./Stettes, O. (2015). *Wege zur Bewältigung von Termin- und Leistungsdruck in einer vernetzten Arbeitswelt – Befunde aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012*. Beitrag in Vorbereitung für IW-Trends, 42 (2).

Hammermann, A./Stettes, O. (2014). *Lebensphasenorientierte Personalpolitik – Theoretisches Konzept und empirische Evidenz*. IW-Analysen, (97), Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

Hammermann, A./Stettes, O. (2013). *Qualität der Arbeit – zum Einfluss der Arbeitsplatzmerkmale auf die Arbeitszufriedenheit im europäischen Vergleich*. IW-Trends, 40 (2), S. 93–109.

Hammermann, A./Schmidt, J./Stettes, O. (2015). *Beschäftigte zwischen Karriereambitionen und Familienorientierung – Eine empirische Analyse auf Basis der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012*. IW-Trends, 42 (1), S. 37–55.

IW-Consult (2014). *IW-Personaltrends 10/2014, Ergebnisse aus dem IW-Personalpanel*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

IW-Personalpanel (2014). *IW-Personalpanel*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

IW-Personalpanel (2013). *IW-Personalpanel*. Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Schäfer, H./Schmidt, J./Stettes, O. (2013). *Qualität der Arbeit*. IW-Positionen, (61), Köln: Institut der deutschen Wirtschaft.

Siefer, A./Beermann, B. (2010). *Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2005/2006 mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Stettes, O. (2011). *Berufliche Mobilität – gesamtwirtschaftliche Evidenz und individuelle Einflussfaktoren*. IW-Trends, 38 (4), S. 41–55.

Wittig, P./Nöllenheidt, C./Brenscheidt, S. (2013). *Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

2 Anerkennung und Gesundheit: wissenschaftliche Evidenz und Folgerungen für die betriebliche Praxis

JOHANNES SIEGRIST

Mit dem weitreichenden Wandel moderner Erwerbsarbeit hat sich das Verständnis des Zusammenhangs zwischen Arbeitsbedingungen in Betrieben/Organisationen und der Gesundheit von Beschäftigten deutlich verändert. Im Vordergrund stehen nicht mehr die von Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz großenteils erfolgreich bewältigten Unfallgefahren sowie die physikalischen und chemischen Noxen am Arbeitsplatz, sondern psychomentale und emotionale Anforderungen und Belastungen. Die wissenschaftliche Erforschung krankmachender Wirkungen dieser weit verbreiteten, „weicheren" Einflussfaktoren hat bereits wichtige neue Erkenntnisse erbracht, so u. a. zum Stellenwert versagter oder unangemessener Anerkennung im Arbeitsleben bei der Erklärung erhöhter stressassoziierter Erkrankungsrisiken (sogenanntes Modell beruflicher Gratifikationskrisen).

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über aktuelle diesbezügliche Forschungsbefunde und erörtert praktische Konsequenzen, die sich aus diesen Erkenntnissen für eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen und sozialen Beziehungen in Betrieben ergeben.

2.1 Relevanz der Erwerbsarbeit in modernen Gesellschaften

Nach wie vor kommt der Erwerbsarbeit eine fundamentale Bedeutung für die individuelle Lebensgestaltung in modernen Gesellschaften zu. Mit ihr wurden vormoderne Abhängigkeiten von Familienverband und staatlicher Fürsorge überwunden sowie Entwicklungen angestoßen, die die Individualisierung und die Autonomie arbeitender Menschen fördern. Berufliche Qualifizierung und darauf beruhende soziale Mobilität sind Grundprinzipien moderner Leistungsgesellschaften, und das Ausmaß der aus der Erwerbsarbeit resultierenden Produktivität beeinflusst die Qualität und Zukunftsfähigkeit unserer Volkswirtschaften. Für den Großteil der erwachsenen Bevölkerung bildet der Beruf die entscheidende, der kontinuierlichen Daseinssiche-

rung dienende Erwerbschance. Neben dieser weitreichenden Tatsache der Erzielung eines kontinuierlichen Einkommens spielt der Beruf bei der Festlegung des sozialen Status im Leben Erwachsener eine führende Rolle. Mit diesem Status sind nicht nur Chancen gesellschaftlicher Anerkennung verknüpft, sondern auch Möglichkeiten des Zugangs zu sozialen Kreisen und Erfahrungen der Vergesellschaftung außerhalb von Primärgruppen. Berufsarbeit stärkt im positiven Fall die soziale Identität, da die Erbringung von Leistungen und die Ausübung von Verantwortung wichtige psychische Bedürfnisse, insbesondere die wiederkehrende Erfahrung von Selbstwirksamkeit und positiver Selbstbestätigung erfüllt. Darüber hinaus stellt der Beruf wiederkehrende Anforderungen an das Leistungsvermögen der Arbeitenden, er eröffnet vielen Menschen neue Lernchancen und stimulierende Erfahrungen.

Diese grundsätzlich positiv zu bewertenden Aspekte der Erwerbsarbeit stehen jedoch nicht allen Menschen in gleicher Weise zur Verfügung. Vielen jungen Menschen ist beispielsweise der Zugang zum Arbeitsmarkt verschlossen oder zumindest erschwert. Menschen mit geringer Qualifikation oder gesundheitlichen Einschränkungen sind in erhöhtem Maß von langfristigem Arbeitsplatzverlust bedroht. Für manche ist die Ausübung des Berufs mit Erschwernissen und Gefährdungen verbunden. Jede Entwicklung persönlicher Fähigkeiten und kreativer Neigungen wird durch Zwänge monotoner, fremdbestimmter Arbeit im Keim erstickt. Ausgeprägte soziale Ungleichheiten im Zugang zu und in der Qualität der täglichen Erwerbsarbeit stellen eine erstzunehmende Hypothek unseres Gesellschaftssystems dar und tragen zu den auch in modernen Gesellschaften weiterhin bestehenden sozialen Ungleichheiten von Gesundheit und Krankheit bei. Dabei stellt sich die grundlegende Frage, welche Aspekte der Arbeitswelt in modernen Gesellschaften einen signifikanten Beitrag zur Entwicklung der Krankheitslast erwerbstätiger Bevölkerungen leisten. Diese Frage stellt sich umso mehr, als umfangreiche Fortschritte bei der Bekämpfung traditioneller physikalischer und chemischer Gefährdungsquellen, bei der Verhütung von Arbeitsunfällen und bei der Entwicklung von Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin erzielt worden sind. Gibt es trotz dieser Fortschritte und trotz wesentlicher technologischer Entwicklungen der Automatisierung und Digitalisierung weiterhin arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren? Wie sind sie zu fassen und welche Berufsgruppen und Branchen sind von ihnen in besonderer Weise betroffen? Welche Erkrankungsrisiken werden durch sie erhöht? Und welche präventiven Maßnahmen sind zu ihrer Verhütung angezeigt?

Um diese Fragen nachfolgend in gebotener Kürze zu beantworten, ist es hilfreich, einen Blick auf wesentliche, durch die globalisierte Wirtschaftswelt verschärfte Herausforderungen moderner Erwerbsarbeit zu werfen. In ihrem Zusammenspiel erhöhen sie die Gefahr, dass die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der von ihnen betroffenen Menschen negativ beeinflusst werden. Diese Herausforderungen sind (vgl. Parent-Thirion, 2012):

1) eine spürbare Zunahme des Leistungs- und Wettbewerbsdrucks,
2) eine gesteigerte Anforderung an Flexibilität, Mobilität und Anpassungsfähigkeit der Erwerbstätigen,
3) eine zunehmende „Fragmentierung" der Erwerbsbiografien durch Berufswechsel, Umschulung, Zeitverträge sowie eine generell gesteigerte Arbeitsplatzunsicherheit,
4) eine steigende „Tertiarisierung" des Arbeitsmarktes, d. h. ein wachsender Anteil von Beschäftigten in Dienstleistungsberufen, in denen entweder personenbezogene Dienste oder mit Informationsproduktion und -verarbeitung befasste Tätigkeiten ausgeübt werden.

Mit dem durch die wirtschaftliche Globalisierung gesteigerten Export von Marktwirtschaft und moderner Technologie in Schwellenländer wird nicht nur der Kapital- und Warenmarkt mit einer bisher unbekannten Dynamik ausgeweitet, sondern ebenso sehr der Arbeitsmarkt. In den Hochlohnländern entsteht damit ein globales Angebot an Arbeitskräften und aufgrund internationaler Lohnkonkurrenz wächst zudem der Rationalisierungsdruck. Dieser Druck manifestiert sich in Form von Restrukturierungen, zumeist verbunden mit Personalabbau, Firmenzusammenschlüssen und dem Auslagern weniger produktiver Bereiche. Als Folge erleben Beschäftigte vermehrt eine Intensivierung ihrer Arbeit, eine Zunahme der Arbeitsplatzunsicherheit bei gleichzeitiger Stagnation von Löhnen und Gehältern und begrenzten Aufstiegschancen (vgl. Cooper et al., 2012). Diese negativen Erfahrungen sind sozial ungleich verteilt. Sie treffen beruflich geringer Qualifizierte und Angehörige von Randbelegschaften in besonderem Maße und spiegeln eine fortschreitende Segmentierung des Arbeitsmarkts in privilegierte vs. benachteiligte Beschäftigtengruppen wider.

2.2 Psychosozialer Stress als arbeitsbedingte Gesundheitsgefahr: das Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Wie können *arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren* angesichts dieser Herausforderungen erfasst, d. h. in einer allgemeinen, für unterschiedliche berufliche Kontexte gültigen Form identifiziert und gemessen werden? Offensichtlich sind es vor allem psychomentale und sozio-emotionale Belastungen, die aus diesen Herausforderungen resultieren und die als Stressoren die Gesundheit der Beschäftigten längerfristig zu schädigen vermögen. Um sie aus der Vielfalt eines breiten, vielschichtigen Belastungsspektrums moderner Erwerbsarbeit herauszufiltern, bedarf es eines *theoretischen Modells*. Aufgabe eines solchen Modells ist es, auf einer abstrakten Ebene jene „toxischen“ Aspekte im wiederkehrenden Arbeitsalltag ausfindig zu machen, die bei den Beschäftigten mit hoher Wahrscheinlichkeit Stressreaktionen auslösen. Stressreaktionen stellen sich ein, wenn die erfolgreiche Bewältigung einer wichtigen Aufgabe bedroht ist und dadurch der Verlust der Kontrolle sowie der Verlust der an den Erfolg gebundenen Belohnung befürchtet werden muss. Die beiden, bisher in der internationalen Forschung zu Arbeitsstress und Gesundheit am weitesten verbreiteten theoretischen Modelle haben demgemäß ihren analytischen Fokus auf Bedingungen bedrohter Kontrolle und enttäuschter Belohnung im Erwerbsleben gelegt.

Mit dem ersten Aspekt befasst sich das *Anforderungs-Kontroll-Modell* (vgl. Karasek/Theorell, 1990). Es konzentriert sich auf bestimmte Aspekte des Tätigkeitsprofils, das den Beschäftigten die Erfahrung von Autonomie und Selbstwirksamkeit ermöglicht oder verwehrt. Danach sind diejenigen Personen durch Arbeitstress gesundheitlich besonders gefährdet, die hohen quantitativen Anforderungen ausgesetzt sind (z. B. permanenter Zeitdruck), ohne dass sie ausreichende Kontrolle und Entscheidungsmacht über die Ausführung ihrer Tätigkeit besitzen. Eine zusätzliche Dimension dieses Modells betrifft die verfügbare soziale Unterstützung am Arbeitsplatz, die im positiven Fall die erfahrene Belastung abzumildern vermag. Der Aspekt enttäuschter Belohnung wird im *Modell beruflicher Gratifikationskrisen* analysiert (vgl. Siegrist, 1996 sowie zusammenfassend Siegrist, 2015). Es befasst sich mit den vertraglichen Bedingungen der Arbeit, d. h. dem Tauschprozess zwischen Leistung und Gegenleistung. Wird der Grundsatz der Tauschgerechtigkeit bei der Arbeit in der Form verletzt, dass einer hohen Verausgabung keine angemessene Belohnung

gegenübersteht, dann werden „gratifikationskritische" Stressrektionen ausgelöst. Belohnungen umfassen nicht allein Lohn oder Gehalt, sondern ebenso Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit sowie nicht materielle Anerkennung und Wertschätzung des Geleisteten. Aufseiten der Verausgabung differenziert das Modell beruflicher Gratifikationskrisen zwischen externen Anforderungen und einer intrinsischen Verausgabungsneigung der arbeitenden Person, die in übersteigerter Ausprägung ebenfalls die stressassoziierte gesundheitliche Gefährdung erhöht. Mit diesem Modell wird somit die *Anerkennung* von Leistung im Kontext der Erwerbsarbeit ins Zentrum gestellt. Zudem wird argumentiert, dass der Bruch einer grundlegenden sozialen Norm, der Gleichwertigkeit von Leistung und Gegenleistung im nutzenorientierten Austausch („soziale Reziprozität"), die in der Evolution menschlichen Sozialverhaltens tief verwurzelt ist, massive Stressreaktionen bei den Benachteiligten auslöst.

Nun mag man zu Recht fragen, warum erwerbstätige Personen solche beruflichen Gratifikationskrisen erdulden, warum sie auf diese Zumutungen nicht ihrerseits mit Einschränkungen ihrer Leistung oder sogar mit der Aufkündigung des Arbeitsverhältnisses reagieren. Die Antwort lautet, dass bestimmte äußere und innere Zwänge viele abhängig Beschäftigte daran hindern, solche Schritte zu unternehmen – sei es, weil ihnen keine Arbeitsplatzalternative zur Verfügung steht, sei es, weil sie in einem heiß umkämpften Wettbewerb um gute Stellen und Aufstiegschancen bereit sind, zumindest für einen bestimmten Zeitraum die genannten Benachteiligungen in Kauf zu nehmen. Zu den inneren Zwängen zählt das bereits erwähnte übersteigerte Leistungsstreben, das manche Menschen veranlasst, Mehrarbeit über das geforderte Maß hinaus zu erbringen, beispielsweise um das eigene Geltungsstreben zu befriedigen. Da die Chancen, einen alternativen Arbeitsplatz zu finden, wesentlich vom beruflichen Qualifizierungsniveau bestimmt werden, verwundert es nicht, festzustellen, dass berufliche Gratifikationskrisen einem ausgeprägten sozialen Gradienten folgen: Je niedriger die Qualifikation von Beschäftigten ist, desto häufiger werden Anerkennungskrisen im Beruf erfahren (vgl. Wahrendorf et al., 2013). Häufig sind diese Krisen jedoch ebenso in besonders kompetitiven Berufen zu finden, und nach dem oben Beschriebenen ist generell zu erwarten, dass im Arbeitsmarkt von Hochlohnländern durch die ökonomische Globalisierung die Zwänge zur Sicherung und Verbesserung des erreichten beruflichen Status eher weiter zunehmen werden.

Es bleibt aber zu fragen, wie Arbeitsstressmodelle – wie die beiden genannten – gemessen werden können, und welche wissenschaftliche Evidenz vorliegt, die be-

legt, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Leistung und Anerkennung tatsächlich das Risiko stressbedingter Erkrankungen erhöht. Dazu sollen aktuelle Forschungsergebnisse zusammenfassend skizziert werden.

2.3 Überblick über neue Forschungsergebnisse

Als *Goldstandard* der Forschung zur Beantwortung der Frage nach Auswirkungen von Arbeitsstress auf erhöhte Erkrankungsrisiken dient die *prospektive epidemiologische Kohortenstudie*. Hierbei handelt es sich um eine Längsschnittstudie an einer großen Zahl beschäftigter Personen, die bei Einschluss in die Studie frei von der untersuchten Krankheit sein müssen und bei denen zu Beginn das Ausmaß der Stressbelastung am Arbeitsplatz ermittelt wird (Expositionsmessung). Nach einer bestimmten Beobachtungszeit (typischerweise 5 Jahre) wird ermittelt, wer zwischenzeitlich an der interessierenden gesundheitlichen Störung neu erkrankt ist und ob die Neuerkrankungsrate bei Beschäftigten mit hoher Stressbelastung gegenüber derjenigen bei Beschäftigten mit niedriger oder fehlender Stressbelastung erhöht ist. Dieses Chancenverhältnis schätzt die relative Risikoerhöhung anhand eines Zahlenwerts. Beispielsweise bedeutet ein relatives Risiko (bzw. eine Odds Ratio) von 2,0 eine Verdoppelung des Erkrankungsrisikos bei den von Arbeitsstress Betroffenen im Vergleich zur Gruppe der Beschäftigten ohne ausgeprägte Stressbelastung, deren Bezugsgröße 1,0 ist.

In diesen zumeist an umfangreichen Kollektiven von mehreren tausend Beschäftigten durchgeführten Studien wird die Exposition i. d. R. anhand eines *psychometrisch getesteten Fragebogens* erfasst. Für beide Arbeitsstressmodelle ist ein solcher Fragebogen in mehrjähriger Entwicklungsarbeit erstellt worden. An ihn werden hohe Qualitätsanforderungen gestellt, da er Arbeitsstress nicht nur zuverlässig, sondern auch möglichst valide messen soll, und das möglichst unverzerrt durch persönliche Eigenschaften der Befragten oder durch situative Störfaktoren. Außerdem muss belegt werden, dass die entsprechenden Skalen, aus denen der Fragebogen gebildet wird, das theoretische Modell hinreichend genau widerspiegeln. Auf den Websites www.jcqcenter.org (Job Content Questionnaire) und www.uniklinik-duesseldorf.de/startseite/institute/institut-fuer-medizinische-soziologie/forschung-research/the-eri-model-stress-and-health/eri-questionnaires/questionnaires-download (Effort-Reward Imbalance Questionnaire) werden umfangreiche Informationen zu

den beiden Messverfahren angeführt. Zu den Vorteilen der Verwendung standardisierter Fragebögen zählt nicht nur der vergleichsweise geringe Zeitaufwand der Datenerhebung, sondern auch die Möglichkeit, Arbeitstress in verschiedenen Ländern d. h. in verschiedenen Sprachen zu messen und damit Vergleiche über verschiedene Länder, Berufszweige und wirtschaftliche Entwicklungsphasen hinweg durchführen zu können.

Es ist im Rahmen dieses begrenzten Beitrags nicht möglich, dass Thema „Anerkennung und Gesundheit" in der notwendigen Breite und Tiefe zu erörtern. Eine Übersicht über eine mehr als zwanzigjährige, inzwischen weltweite Forschung zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen, seinen theoretischen Grundlagen, seinen empirischen Befunden und den daraus sich ergebenden praktischen Konsequenzen liegt in der Publikation „Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen" (Siegrist, 2015) vor. Nachfolgend sollen jedoch die wichtigsten Ergebnisse kurz zusammengefasst werden.

Zur stressbedingten Erhöhung des Risikos einer *koronaren Herzkrankheit*, vor allem eines nicht tödlichen oder tödlichen akuten Herzinfarkts, liegen aktuell Ergebnisse aus mehr als einem Dutzend solcher prospektiver Studien vor. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass für jedes der beiden beschriebenen Modelle bei der Mehrzahl der Studien Risikoerhöhungen in einem Bereich von 1,2 bis 1,8 beobachtet worden sind (vgl. Backé et al., 2012; Steptoe/Kivimäki, 2012). Bei Beschäftigten an Arbeitsplätzen, die durch eine Kumulation belastender Erfahrungen nach beiden Arbeitsstressmodellen gekennzeichnet sind, erhöht sich das Risiko zusätzlich. Arbeitsstress trägt nicht nur zur Steigerung der Neuerkrankungsrate sowie der Wiedererkrankung nach überstandenem Erstinfarkt bei, sondern wirkt sich auch auf die Ausbildung wichtiger kardiovaskulärer Risikofaktoren (insbesondere Bluthochdruck) und auf den Verengungsprozess der Herzkranzgefäße (sogenannte Atherosklerose) negativ aus (vgl. Siegrist, 2015). Angesichts der Feststellung, dass etwa *jeder vierte Beschäftigte* von *psychosozialen Arbeitsbelastungen* in Form der beschriebenen Modelle betroffen ist und angesichts der Tatsache, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen noch immer die wichtigste Ursache vorzeitiger Sterblichkeit (vor allem bei Männern) darstellen (vgl. Karoff et al., 2012), ergeben sich aus den genannten neuen Forschungsresultaten gesundheitspolitisch wichtige Folgerungen für die Prävention (vgl. Kap. 2.4).

Noch umfangreicher ist die wissenschaftliche Beweislage zum Einfluss psychosozialer Arbeitsbelastungen auf das Risiko der Entwicklung einer *Depression*, wobei hierzu Studienergebnisse von erwerbstätigen Männern wie Frauen vorliegen. Eine Übersicht über Ergebnisse zum Anforderungs-Kontroll-Modell ergibt die Arbeit von Bonde (2008). Sie zeigt in der Mehrzahl der Fälle deutlich erhöhte Erkrankungsrisiken, wobei nicht stets die Kombination beider Modellkomponenten hierfür ausschlaggebend ist. Aktuell liegen die Resultate aus zehn prospektiven Studien zum Depressionsrisiko bei Vorliegen beruflicher Gratifikationskrisen vor. Sie zeigen übereinstimmend eine erhöhte Gefährdung bei beiden Geschlechtern, wobei dies nicht nur für Beschäftigte in europäischen Ländern, sondern auch auf anderen Kontinenten gilt, vor allem in Nordamerika und in Japan (vgl. Siegrist, 2015). Von besonderem Interesse ist die Beobachtung, dass Depressionen, ähnlich wie koronare Herzkrankheiten, bei *Beschäftigten mit geringerer Qualifikation* häufiger als bei besser Qualifizierten auftreten (vgl. Lorant et al., 2003). Da, wie bereits erwähnt, auch berufliche Gratifikationskrisen einen sozialen Gradienten aufweisen, liegt die Frage nahe, ob Arbeitsstress bei sozial benachteiligten Beschäftigten einen stärkeren Effekt auf das Erkrankungsrisiko ausübt als bei sozial besser gestellten Beschäftigten, ob erstere angesichts dieser Exposition also in stärkerem Maße „verwundbar" sind. Diese Frage ist in zwei Studien aus Dänemark und Deutschland bejaht worden, wobei allerdings lediglich die dänische Studie Längsschnittdaten enthält (vgl. Rugulies et al., 2013; Wege et al., 2008). Gesundheitspolitisch bedeutsam ist schließlich der Tatbestand, dass Anerkennungskrisen im Beruf nicht nur bei Neuerkrankungsraten an depressiven Störungen, sondern auch im weiteren Krankheitsverlauf eine Rolle spielen. So zeigt eine neue umfangreiche Studie aus Finnland, dass das Risiko einer *depressionsbedingten Frühberentung* mit dem Ausmaß der Ausprägung beruflicher Gratifikationskrisen linear ansteigt (vgl. Juvani et al., 2014).

An dieser Stelle muss das bisher skizzierte Bild um zwei wichtige Erkenntnisse ergänzt werden. Erstens stellen die beiden genannten Arbeitsstressmodelle zwar besonders intensiv erforschte, jedoch nicht die einzigen psychosozialen Risikofaktoren dar. Ergänzende Informationen liegen insbesondere aus Studien vor, die den Einfluss von Diskriminierung und anderen Verfahren *ungerechter Behandlung in Organisationen* auf das Depressionsrisiko untersucht haben (vgl. Ndjaboué et al., 2012), ebenso aus Studien zu gesundheitlichen Folgen von *Arbeitsplatzunsicherheit* (vgl. Ferrie et al., 2005) sowie von *exzessiver Mehrarbeit* (vgl. Virtanen et al., 2012). Zwei-

tens sind koronare Herzkrankheiten und Depressionen, trotz ihrer gesundheitspolitisch prominenten Bedeutung, nicht die einzigen stressbedingten Krankheiten, deren Entwicklung durch berufliche Anerkennungskrisen begünstigt wird. Vereinzelte Studien zeigen außerdem Einflüsse auf gesteigerten Alkoholkonsum und weitere *gesundheitsschädigende Verhaltensweisen:* auf das Risiko eines Typ-2-Diabetes, auf hartnäckige Schlafstörungen sowie auf ein eingeschränktes physisches und psychisches Funktionsvermögen (vgl. Siegrist, 2015).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass fortgesetzte Erfahrungen niedriger oder fehlender materieller und nicht materieller Anerkennung im Leistungszusammenhang der Erwerbsarbeit einen eigenständigen Risikofaktor stressbedingter körperlicher und seelischer Erkrankungen bilden, dessen Gewicht angesichts der Verbreitung beruflicher Gratifikationskrisen in der modernen Arbeitswelt und angesichts der Stärke des ermittelten Zusammenhangs nicht nur aus Sicht der Wissenschaft, sondern auch aus Sicht der Praxis, insbesondere der Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben, bedeutsam ist.

2.4 Folgerungen für die betriebliche Praxis

Welche Konsequenzen lassen sich aus diesen neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen für die Praxis herleiten? Eine erste praktische Konsequenz besteht darin, den aktuellen *wissenschaftlichen Kenntnisstand* zum Zusammenhang zwischen Arbeitswelt und stressbedingten Erkrankungsrisiken einflussreichen Entscheidungsträgern in Wirtschaft, Politik und medizinischem Versorgungssystem sowie einer größeren interessierten Öffentlichkeit zu *vermitteln*. Noch immer behindern weit verbreitete Vorurteile über die Rolle von Arbeitsstress bei der Entwicklung körperlicher und psychischer Störungen sowie Nichtwissen und Verharmlosungsstrategien angesichts des skizzierten Problemdrucks die ernsthafte Suche nach Lösungen. Adressaten eines solchen Vermittlungsprozesses sind in erster Linie Akteure auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene sowie Fachexperten und Politiker, die die sozial- und wirtschaftspolitischen Entwicklungen auf lokaler, regionaler und nationaler Ebene mitgestalten. Weitere praktische Konsequenzen beinhalten den Ausbau von *Früherkennungs- und Gesundheitsförderungsprogrammen* in Betrieben und Organisationen sowie die Umsetzung von *Maßnahmen medizinischer und beruflicher Rehabilitation* von Personen, die aufgrund stressbedingter psychischer oder körperlicher

Erkrankungen für längere Zeit ihrem Arbeitsplatz ferngeblieben sind und nun die berufliche Reintegration anstreben. In Deutschland, wie in manchen anderen Ländern, werden diesbezüglich umfangreiche Programme medizinischer und beruflicher Rehabilitation angeboten, wobei die Erfolgschancen beruflicher Wiedereingliederung wesentlich von einer kontinuierlichen, Versorgungssektoren überwindenden Betreuung und von den Chancen einer frühzeitigen, in Etappen erfolgenden Wiederaufnahme der Arbeit bestimmt werden (vgl. Angerer et al., 2014). Insgesamt sollten schließlich sozial- und arbeits- bzw. beschäftigungspolitische Rahmenbedingungen gestärkt werden, die einer Verbesserung der Arbeitsqualität dienen. Es ist einsichtig, dass konkrete Maßnahmen nach Problem- und Geltungsbereichen differenziert und bezüglich Umsetzungschancen in kurz-, mittel- und langfristige Zielsetzungen unterschieden werden müssen. Deshalb sollen im Zusammenhang dieses Beitrags abschließend kurz- und mittelfristige Zielsetzungen auf der Ebene von Unternehmen und Organisationen erörtert werden.

Vorrangige Bedeutung kommt hier den *Maßnahmen einer gesundheitsfördernden Organisations- und Personalentwicklung* zu. Dabei können Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung in eine entsprechende Maßnahmenentwicklung integriert werden. Beispielsweise lassen sich dem erwähnten Anforderungs-Kontroll-Modell gezielt Anregungen entnehmen, den Entscheidungs- und Kontrollspielraum bei der Erledigung von Arbeitsaufgaben zu erweitern, indem Beschäftigte vermehrt Tätigkeiten vollständig ausführen können (Job Enrichment, Job Enlargement) (vgl. Kap. 12). Erweiterte Entscheidungsmöglichkeiten sind auch bezüglich der Mitgestaltung von Arbeitszeiten wünschenswert. Lernchancen bei der Ausübung täglicher Arbeit zu ermöglichen und intellektuelle Anforderungen zu stellen, erweisen sich als sowohl die Arbeitsmotivation als auch die psychische Gesundheit von Beschäftigten fördernde Aufgaben (vgl. Bauer/Hämmig, 2014).

Strukturelle Änderungen im Rahmen betrieblicher Personalentwicklung beziehen sich nach den Ausführungen zum Modell beruflicher Gratifikationskrisen auf den Ausbau inner- und überbetrieblicher Qualifizierung, auf die Einbeziehung sogenannter Lebensarbeitszeitmodelle in die Personalplanung und auf die Etablierung einer fairen Lohnpolitik, die u. a. auch kompensierende Lohndifferenziale und von Arbeitnehmern erwerbsbiografisch erbrachte Investitionen angemessen berücksichtigt. Der zuletzt genannte Aspekt ist auch bei Entscheidungen über Umsetzungen und betriebsbedingte Kündigungen bedeutsam. Neben dem Belohnungsmittel Geld

und neben der zentralen Bedeutung des Erhalts und der Weiterentwicklung beruflicher Positionen, kommt nicht monetären Gratifikationen in Form von Wertschätzung geleisteter Arbeit und Anerkennung der Mitarbeiter durch ihre Vorgesetzten eine wichtige Funktion zu, da sie nicht nur Arbeitsklima und Wohlbefinden der Betroffenen, sondern auch stressassoziierte Erkrankungsrisiken zu beeinflussen vermögen. Die *Schulung guten Führungsverhaltens* ist daher eine notwendige Komponente aller Bemühungen um gesundheitsfördernde Organisations- und Personalentwicklung. Die Ergebnisse mehrerer, an den erwähnten Arbeitsstressmodellen orientierter Interventionsstudien zeigen, dass durch solche Maßnahmen Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten verbessert und darüber hinaus in erheblichem Maß Kosten eingespart werden können – nicht zuletzt dadurch, dass der Umfang von Fehlzeiten verringert, die Rate von Fehlern bei der Arbeitsleistung gesenkt und zeitraubende Konflikte vermieden werden können. Erfolgreiche Beispiele der Interventionsforschung aus Schweden und aus Kanada unterstreichen diese Resultate (vgl. Romanowska et al., 2011; Bourbonnais et al., 2011).

Zusammenfassend lautet die aus dieser Forschung für die Praxis zentrale Botschaft:

> „Angemessene Anerkennung für erbrachte Leistung zu gewähren, ist nicht nur ein Gebot der Fairness, sondern eine lohnende Investition in die Gesundheit und Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten.“ (Siegrist, 2015, S. 135)

Somit bildet die Verringerung arbeitsbedingter Krankheitslast bei Beschäftigten durch den konsequenten Ausbau gesundheitsfördernder Maßnahmen primärer und sekundärer Prävention auf der Ebene von Unternehmen und Organisationen ein vordringliches Ziel. Dabei bedürfen entsprechende Aktivitäten und Programme einer Verstärkung und Verstetigung durch nachhaltige Programme der Arbeits- und Sozialpolitik auf nationaler Ebene. Längerfristig sind Chancen gesunder Arbeit jedoch nur dann umfassend zu gewährleisten, wenn es gelingt, die destruktiven Wirkungen des unser Wirtschaftssystem dominierenden Prinzips „Eigennutz“ durch die Stärkung von Solidarität und Tauschgerechtigkeit zu bekämpfen. Im Zuge einer solchen Entwicklung wird es auch erforderlich sein, sich von der Fixierung auf das eindimensionale Leistungsstreben und die materielle Gewinnmaximierung zu lösen, indem kreative Formen der Selbstentfaltung sowie eine Kultur des „Miteinanders“ ins Zentrum rücken.

Literatur

Angerer, P./Glaser, J./Gündel, H. et al. (Hrsg.) (2014). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit*. Heidelberg: ecomed.

Backé, E./Seidler, A./Latza, U. et al. (2012). *The role of psychosocial stress at work for the development of cardiovascular disease: a systematic review*. International Archives of Occupational and Environmental Health, (85), S. 67–79.

Bauer, G. F./Hämmig, O. (Hrsg.) (2014). *Bridging occupational, organizational and public health*. Dordrecht: Springer.

Bonde, J. P. (2008). *Psychosocial factors at work and risk of depression: a systematic review of the epidemiological evidence*. Occupational and Environmental Medicine, (65), S. 438–445.

Bourbonnais, R./Brisson, C./Vézina, M. (2011). *Long-term effects of an intervention on psychosocial work factors among healthcare professionals in a hospital setting*. Occupational and Environmental Medicine, (68), S. 479–486.

Cooper, C./Pandey, A./Quick, J. (Hrsg.) (2012). *Downsizing. Is less still more?* Cambridge: Cambridge University Press.

Ferrie, J. E./Shipley, M. J./Newman, K. et al. (2005). *Self-reported job insecurity and health in the Whitehall II study: potential explanations of the relationship*. Social Science & Medicine, (60), S. 1593–1602.

Juvani, A./Oksanen, T./Salo, P. et al. (2014). *Effort-reward imbalance as a risk factor for disability pension: the Finnish Public Sector Study*. Scandinavian Journal of Work Environment and Health, (40), S. 266–277.

Karasek, R. A./Theorell, T. (1990). *Healthy Work*. New York: Basic Books.

Karoff, M./Kittel, J./Karoff, J. (2012). *Herz-Kreislauf-Erkrankungen*. In: Schwartz, F. W./Walter, U./ Siegrist, J. et al. (Hrsg.): Public Health Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Elsevier, S. 601–609.

Lorant, V./Deliège, D./Eaton, W. et al. (2003). *Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis*. American Journal of Epidemiologie, (157), S. 98–112.

Ndjaboué, R./Brisson, C./Vézina, M. (2012). *Organisational justice and mental health: a systematic review of prospective studies.* Occupational and Environmental Medicine, (69), S. 694–700.

Parent-Thirion, A. (2012). *5th European Working Conditions Survey*: Overview report. Luxembourg: Publ. Off. Of the Europ. Union.

Romanowska, J./Larsson, G./Eriksson, M. et al. (2011). *Health effects on leaders and co-workers of an art-based leadership development program*. Psychotherapy and Psychosomatics, (80), S. 78–87.

Rugulies, R./Aust, B./Madsen, I. E. H. et al. (2013). *Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade?* European Journal of Public Health, (23), S. 415–420.

Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen. Forschungsevidenz und präventive Maßnahmen*. München: Elsevier.

Siegrist, J. (1996). *Adverse health effects of high effort – low reward conditions at work*. Journal of Occupational Health Psychology, (1), S. 27–43.

Steptoe, A./Kivimäki, M. (2012). *Stress and cardiovascular disease*. Nature Reviews in Cardiology, (9), S. 360–370.

Virtanen, M./Stansfeld, S. A./Fuhrer, R. et al. (2012). *Overtime work as a predictor of major depressive episode: a 5-year follow-up of the Whitehall II study*. PLoS One, 7 (1), e30719.

Wahrendorf, M./Dragano, N./Siegrist, J. (2013). *Social position, work stress and retirement intentions: A study with older employees from 11 European countries*. European Sociological Review, (29), S. 792–802.

Wege, N./Dragano, N./Moebus, S. et al. (2008). *When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study*. Journal of Epidemiology and Community Health, (62), S. 338–341.

3 Entwicklungsbedingungen für eine gesunde Persönlichkeit – Erkenntnisse der Hirnforschung

GERHARD ROTH

Eine gesunde Persönlichkeit und ein hohes Maß an Zufriedenheit sind für das Privatleben ebenso wie für das Berufsleben höchst wünschenswerte Ziele, die eng miteinander verbunden sind. Die einschlägige Forschung hat gezeigt, dass die Persönlichkeit und der Grad der Lebenszufriedenheit zu den besonders stabilen Persönlichkeitsmerkmalen gehören, d. h. nach einer anfänglichen großen Dynamik im Kindesalter stabilisieren sich beide im Laufe der Adoleszenz auf individuell unterschiedlichen Niveaus (vgl. Asendorpf/Neyer, 2012). Spätere Einflüsse zeigen ihnen gegenüber meist eine nur geringe Abweichung nach unten oder oben. Ausnahmen bilden die Beendigung einer längerfristigen positiven Partnerschaft durch Scheidung oder Tod und eine Langzeitarbeitslosigkeit.

Hinsichtlich der Frage, wie man die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit im Privat- und Berufsleben befördert, ist es nötig, die genannte Abfolge von Dynamik und Stabilität zu erklären und dann zu fragen, welche Einflussmöglichkeiten im Erwachsenenalter, insbesondere im Hinblick auf das Berufsleben, bestehen. Hierzu ist es notwendig, die psychologischen und neurobiologischen Erkenntnisse über die Entwicklung der Persönlichkeit und ihre bestimmenden Faktoren zu betrachten. Dies soll aus Sicht der Persönlichkeitspsychologie und der Hirnforschung im Folgenden beschrieben werden. Inwiefern die Persönlichkeit darüber hinaus Aufschluss über die Befähigung zu bestimmten beruflichen Tätigkeiten geben kann, wird abschließend erörtert.

3.1 Was ist eine Persönlichkeit und wie bestimmt man sie?

Unter der Persönlichkeit eines Menschen versteht man in aller Regel etwas Charakteristisches und Überdauerndes, das ihn von anderen Menschen unterscheidet. Seit dem Altertum hat man sich Gedanken darüber gemacht, wie man die Persönlichkeit eines Menschen in diesem Sinne bestimmt. Am bekanntesten ist die Lehre von den Temperamenten, die eine Einteilung in vier Grundpersönlichkeiten vornimmt, nämlich in Choleriker, Melancholiker, Phlegmatiker und Sanguiniker (man denke an

Dürers Darstellung der vier Temperamente anhand der vier Apostel Markus, Paulus, Johannes und Petrus).

Die heutige Persönlichkeitspsychologie sucht hingegen nicht nach klar abgegrenzten Persönlichkeits*typen*, sondern nach dem Vorhandensein einzelner Persönlichkeits*merkmale*. Die Individualität eines Menschen entsteht danach aus einer jeweils einzigartigen Kombination von Merkmalen, die sich in jeweils stärkerer oder schwächerer Ausprägung bei allen Menschen finden.

Der heute gebräuchliche Ansatz beruht auf dem sogenannten „lexikalischen Verfahren“, das auf die Psychologen Allport und Odbert (1936) zurückgeht. Dieses Verfahren besteht darin, dass man gängigen Lexika alle erdenklichen Vokabeln entnimmt, mit denen menschliche Eigenschaften beschrieben werden. Dabei handelt es sich um viele Tausend (im Englischen knapp 18.000) solcher Wörter, die sich in ihrer Bedeutung natürlich hochgradig überschneiden. Man kommt nun mithilfe der Faktorenanalyse durch wiederholtes Zusammenfassen überlappender Merkmale auf immer weniger Attribute der Persönlichkeit, bis sich schließlich wenige Grundmerkmale herausstellen. Diese sollten maximal überschneidungsfrei sein. Es herrscht allerdings Uneinigkeit unter den Fachleuten, von wie vielen Grundmerkmalen man ausgehen sollte (vgl. Amelang/Bartussek, 2001; Asendorpf/Neyer, 2012).

Die heute gebräuchlichen Persönlichkeitstests gehen meist von fünf Grundfaktoren aus, nämlich Extraversion, Verträglichkeit, Gewissenhaftigkeit, Neurotizismus und Offenheit/Intellekt. Sie werden die Big Five (die „großen Fünf“) genannt und wurden auf der Grundlage der Vorarbeiten des deutsch-britischen Psychologen Hans-Jürgen Eysenck von den Psychologen Costa und McCrae in den 1980er-Jahren entwickelt (vgl. Costa/McCrae, 1992). Von diesem Fünf-Faktoren-Modell liegen zahlreiche Versionen vor. Eine ausführliche, auf insgesamt 240 abgestuft zu bewertenden und in Facetten zusammengefassten Aussagen beruhende deutschsprachige Version ist das NEO-PI-R-Persönlichkeitsinventar von Ostendorf und Angleitner (2004), das in seriösen Testverfahren häufig angewandt wird. Die genannten Grundfaktoren können nun in unterschiedlicher Ausprägung zwischen den Extremen „stark“ und „schwach“ bzw. „voll zutreffend“ und „ganz unzutreffend“ vorliegen:

- Der Faktor *Extraversion* umfasst in seiner starken Ausprägung die Eigenschaften gesprächig, bestimmt, aktiv, energisch, offen, dominant, enthusiastisch,

sozial und abenteuerlustig; in seiner schwachen Ausprägung die Eigenschaften still, reserviert, scheu und zurückgezogen.

- Der Faktor *Verträglichkeit* bezeichnet in seiner starken Ausprägung die Eigenschaften mitfühlend, nett, bewundernd, herzlich, weichherzig, warm, großzügig, vertrauensvoll, hilfsbereit, nachsichtig, freundlich, kooperativ und feinfühlig; in seiner schwachen Ausprägung die Eigenschaften kalt, unfreundlich, streitsüchtig, hartherzig, grausam, undankbar und knickrig.
- Der Faktor *Gewissenhaftigkeit* umfasst in seiner starken Ausprägung die Eigenschaften organisiert, sorgfältig, planend, effektiv, verantwortlich, zuverlässig, genau, praktisch, vorsichtig, überlegt und gewissenhaft; in seiner schwachen Ausprägung die Eigenschaften sorglos, unordentlich, leichtsinnig, unverantwortlich, unzuverlässig und vergesslich.
- Der Faktor *Neurotizismus* bezieht sich in seiner starken Ausprägung auf die Eigenschaften gespannt, ängstlich, nervös, launisch, besorgt, empfindlich, reizbar, furchtsam, selbstbemitleidend, instabil, mutlos und verzagt; in seiner schwachen Ausprägung auf die Eigenschaften stabil, ruhig und zufrieden.
- Der Faktor *Offenheit/Intellekt* schließlich bezeichnet in seiner starken Ausprägung die Eigenschaften breit interessiert, einfallsreich, fantasievoll, intelligent, originell, wissbegierig, intellektuell, künstlerisch, gescheit, erfinderisch, geistreich und weise; in seiner schwachen Ausprägung die Eigenschaften gewöhnlich, einseitig interessiert, einfach, ohne Tiefgang und unintelligent.

In einem Big-Five-Persönlichkeitstest erhält die untersuchte Person einen festgelegten Satz von Aussagen über sich selbst und bewertet jede Aussage in einer fünfstufigen Skala von „voll zutreffend“ bis „ganz unzutreffend“, oder sie wird von einem Interviewer entsprechend eingestuft. Zusammenfassend lässt sich dann feststellen, *in welchem Maße* eine Person extravertiert, neurotizistisch, verträglich, offen oder gewissenhaft ist. Daraus ergibt sich ein Persönlichkeitsprofil der betreffenden Person, das man dann z. B. mit den Anforderungen für eine bestimmte Position oder Tätigkeit abgleichen kann.

3.2 Kritische Bewertung des Big-Five-Ansatzes

Obwohl häufig bei der Personalauswahl angewandt, ist der Big-Five-Ansatz in dieser klassischen Form nicht unumstritten. Vor allem ist unklar, ob die fünf Grundfaktoren tatsächlich weitgehend unabhängig voneinander sind oder nicht doch teilweise überlappen. In der Tat haben schon bei oberflächlicher Betrachtung Neurotizismus und Gewissenhaftigkeit eine erhebliche Nähe zueinander: Ängstliche und unsichere Menschen sind oft pingelig und ebenso findet man Übereinstimmungen zwischen Extravertiertheit, Verträglichkeit und Offenheit/Intellekt bei Menschen, die zuversichtlich in die Welt blicken und Zutrauen zu den eigenen Kräften haben. Deshalb nehmen führende Experten auf diesem Gebiet an, dass es in Wirklichkeit nur zwei scharf kontrastierende oder sich polar gegenüberstehende Grundfaktoren gibt, nämlich Extraversion und Neurotizismus, wie dies bereits Eysenck konzipiert hatte und die sein Schüler Gray als „reinforcement sensitivity“ und als „punishment sensitivity“ weiterentwickelte (vgl. Gray, 1990).

In der Tat bilden eine stark ausgeprägte Extraversion und ein stark ausgeprägter Neurotizismus die zwei Enden eines Kontinuums. Entsprechend gehen in der Mitte dieses Kontinuums eine gering ausgeprägte Extraversion und ein gering entwickelter Neurotizismus nahezu bruchlos ineinander über und charakterisieren einen ausgeglichenen, ruhigen, nicht besonders hektischen und nicht besonders ängstlichen Menschen, also eine Person mit einer „gesunden Psyche“. Viele Persönlichkeitspsychologen glauben, dass man die deutlichsten Unterschiede hinsichtlich des Umgangs mit Risiken findet: Die einen Menschen haben ein hohes Zutrauen zu sich selbst und ihrem „Glück“ und nehmen gern in Kauf, dass Dinge auch manchmal schiefgehen können. Sie erfreuen sich am Erfolg und Gelingen. Misserfolge werden schnell abgehakt und widrigen Umständen zugeschrieben. Diese Haltung kann sich dann zu großem Wagemut, Sensationsgier (englisch „sensation seeking“) bis hin zur Tollkühnheit steigern und gilt dann als Anzeichen psychischer Krankheit (z. B. antisoziale Persönlichkeitsstörung bzw. Psychopathie). Die anderen Menschen dagegen haben ein geringes Zutrauen zu sich selbst, sehen eher die Risiken als die Chancen und vermeiden entsprechend riskantes Handeln (englisch „harm avoidance“). Misserfolge schreiben sie eher dem eigenen Versagen zu, Erfolge dem Zufall oder der Begünstigung. Im Extremfall tun sie lieber nichts als etwas Falsches. Sie sind oft durch diffuse Ängste vor allem und jedem gekennzeichnet, und manche von ihnen geraten

im Extremfall in Hoffnungslosigkeit und chronische Depressionen. In ähnlicher Weise hat in jüngerer Zeit der amerikanische Persönlichkeitspsychologe DeYoung zwei Superfaktoren konzipiert, nämlich Stabilität, bestehend aus den Big-Five-Faktoren Gewissenhaftigkeit, Verträglichkeit und Neurotizismus, und Plastizität, bestehend aus den Big-Five-Faktoren Offenheit und Extraversion (vgl. DeYoung, 2006).

Autoren wie Asendorpf und Neyer betonen zusätzlich die Bedeutung des Grundmerkmals Integrität/Ehrlichkeit, das für die Berufswelt wichtig ist und quer zu den genannten Big Five steht (vgl. Asendorpf/Neyer, 2012). Wichtige weitere Begriffe, die nicht explizit in den Big Five enthalten sind, sind Impulsivität, die positiv mit Extraversion und negativ mit Gewissenhaftigkeit korreliert, und Bindungsfähigkeit, die positiv mit Extraversion, Verträglichkeit und Offenheit und negativ mit Neurotizismus korreliert. Wie bereits festgestellt, gibt es in dieser Hinsicht bis heute keine Einigkeit unter den Persönlichkeitspsychologen.

Eine weitere Schwierigkeit im Zusammenhang mit den Big Five und ähnlichen Ansätzen besteht in einer möglichen Abgrenzung von Temperament und Charakter, bei denen Ersteres stark intrinsische bzw. angeborene Persönlichkeitsmerkmale, Letzteres stärker umweltbeeinflusste Merkmale meint. Zu den Temperamenteigenschaften gehören nach Asendorpf und Neyer (2012) Aktivität, Erlebnishunger, Frohsinn, Herzlichkeit und Geselligkeit; zu den Charaktereigenschaften gehören die Big Five. Es dürfte aber klar sein, dass eine solche Unterteilung nur in Hinblick auf die zeitliche Entwicklung der Persönlichkeit sinnvoll ist, d. h. bestimmte Anteile der Big Five treten sehr früh, d. h. bald nach der Geburt auf, während andere Anteile sich erst im Laufe der ersten Lebensjahre entwickeln.

Die zweite Hauptkritik am Big-Five-Ansatz zielt darauf ab, dass die üblichen Persönlichkeitstests alle alltagspsychologisch orientiert sind, aber keine tiefere wissenschaftliche Begründung dafür liefern, warum es genau diese Grundfaktoren sind, die die Persönlichkeit eines Menschen am besten beschreiben. An diese Kritik geknüpft stellt sich die Frage, woher es kommt, dass der eine Mensch eher extravertiert und der andere eher neurotizistisch ist. Um zu erkennen, inwieweit man Menschen in ihrer Persönlichkeit verlässlich erfassen und dann, z. B. über geeignete Personalführungsmaßnahmen verändern kann, ist das Wissen um die Entstehung von Persönlichkeitsmerkmalen von zentraler Bedeutung.

3.3 Gehirn und Persönlichkeit

Der Entstehungsort der Persönlichkeit eines Menschen ist sein Gehirn. Das bedeutet jedoch nicht, dass die Persönlichkeit ausschließlich dem Gehirn selbst entstammt. Vielmehr treffen im Gehirn und damit in der Persönlichkeit genetische Faktoren auf Umweltfaktoren, und dies geschieht teilweise bereits vor der Geburt (z. B. vermittelt durch das Gehirn der werdenden Mutter) und besonders stark in den ersten Jahren nach der Geburt. Aufgrund der großen Fortschritte in den unterschiedlichen Bereichen der Neurowissenschaften, die sich mit den neurobiologischen Grundlagen von kognitiven Leistungen wie Wahrnehmung, Denken, Erinnern, Vorstellen und von Gefühlen (Emotionen) sowie sonstigen psychischen Prozessen wie Motivation und willentlich-zielgerichteten oder automatisierten Handelns befassen, gelingt es inzwischen, die Ausprägung und Wirkungsweise von grundlegenden Persönlichkeitsmerkmalen neurobiologisch plausibel zu machen.

3.3.1 Das neurobiologische Vier-Ebenen-Modell der Persönlichkeit

Das Vier-Ebenen-Modell wurde von Roth, Cierpka und Strüber entwickelte (vgl. Roth/Strüber, 2014; Roth, 2015b) und geht in gewisser Vereinfachung davon aus, dass bewusst, intuitiv oder unbewusst ablaufende psychische Prozesse auf vier Ebenen des Gehirns angesiedelt sind, nämlich auf drei limbischen Ebenen und einer kognitiven Ebene (vgl. hier folgend Roth, 2015a, S. 90 ff.).

Die *untere limbische Ebene* ist die vegetativ-affektive Ebene. Sie wird von Zentren repräsentiert, die tief im Innern des Gehirns liegen (Hypothalamus und Teile des Hirnstamms) und zu denjenigen Hirnteilen gehören, die im Laufe der Entwicklung des Embryos bzw. Fötus zuerst entstehen. Diese Hirngebiete sichern über die Kontrolle des Stoffwechselhaushalts, des Kreislaufs und Blutdrucks, der Temperaturregulation, des Verdauungs- und Hormonsystems, der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, des Wachens und Schlafens die biologische Existenz. Ebenso werden durch diese Ebene elementare affektive Verhaltensweisen und Empfindungen wie Angriffs- und Verteidigungsverhalten, Flucht und Erstarren, Aggressivität, Wut und Sexualverhalten gesteuert.

Diese Antriebe und Affektzustände sind zum Großteil genetisch oder durch vorgeburtliche Einflüsse bedingt und während des späteren Lebens durch Erfahrung, Erziehung oder willentliche Kontrolle nur wenig beeinflussbar. Insbesondere entste-

hen sie völlig unbewusst und werden erst später bewusst. In ihrer unterschiedlichen Ausformung legen die Funktionen dieser Zentren des Gehirns das individuelle *Temperament* fest. Sie beeinflussen damit, ob eine Person neugierig-draufgängerisch oder vorsichtig, kommunikativ oder wortkarg, mutig oder ängstlich usw. ist und wie die Person mit Stress und Enttäuschungen umgeht. Leibliche Geschwister können sich in diesen Temperamenteigenschaften z. T. grundlegend unterscheiden. Selbst eineiige Zwillinge mit identischen Genen weisen meist bestimmte Temperamentsunterschiede auf, die auf verschiedene vorgeburtliche Einflüsse zurückgehen, z. B. Unterschiede in der Versorgung oder der Einwirkung von Hormonen und anderen Signalen, die vom Gehirn der Mutter kommen (vgl. Roth/Strüber, 2014). Wie wir heute wissen, unterscheiden sich alle Menschen, auch eineiige Zwillinge, in der Art, wie ihre Gene aktiviert und dadurch wirksam werden. Dies nennt man Epigenetik.

Die *mittlere limbische Ebene* ist die Ebene der emotionalen Konditionierung und des individuellen emotionalen Lernens. An beidem sind ebenfalls Zentren tief im Innern des Gehirns beteiligt. In der Amygdala (Mandelkern) findet die auf Konditionierung beruhende Verknüpfung emotional relevanter, negativer oder überraschender, aber auch positiver Ereignisse mit den angeborenen Grundgefühlen der Furcht, Angst, Abwehr und Überraschung statt. Das heißt, es wird hier festgelegt, *was* Freude oder Leid, Glück oder Schmerz bereitet. Zu den Prozessen, die auf dieser Ebene ablaufen, gehört auch das Erkennen der Bedeutung von emotional-kommunikativen Signalen wie Mimik, Gestik, Sprachintonation und Körperhaltung. Interaktionspartner und zumindest teilweise „Gegenspieler“ der Amygdala ist das mesolimbische System (u. a. der Nucleus accumbens). Es dominiert bei der Registrierung und Verarbeitung natürlicher Belohnungsereignisse („das ist gut gelaufen“ bzw. „das hat Spaß gemacht“) und stellt über die Ausschüttung lusterzeugender hirneigener Stoffe (sogenannter endogener Opioide, also opiumartiger Stoffe) das zerebrale Belohnungssystem dar. Entsprechend ist alles, was Lust, Freude, Befriedigung usw. erzeugt, an die Ausschüttung solcher Stoffe gebunden. Zum anderen ist es das grundlegende Motivationssystem, das über die Ausschüttung des hirneigenen Stoffes Dopamin Belohnungen in Aussicht stellt und damit das Verhalten motiviert. Wie viel Dopamin in einer bestimmten Situation ausgeschüttet wird, hängt von der bisherigen Lust-Unlust-Erfahrung in dieser oder einer ähnlichen Situation ab. Die Grundlage des Motivationssystems ist die individuelle Belohnungserfahrung.

Diese mittlere limbische Ebene entwickelt sich vornehmlich in den ersten drei Jahren nach der Geburt. Auf ihr formen sich die tiefliegenden Anteile des Selbst, und zwar aufgrund frühkindlicher Erfahrungen, insbesondere früher Bindungserfahrungen mit der primären Bezugsperson, also meist – aber nicht notwendig – der biologischen Mutter. Hierbei entstehen die Grundstrukturen des Verhältnisses zu sich selbst (Selbstbild) und zu den Mitmenschen (Empathiefähigkeit, Feinfühligkeit) und die Grundkategorien dessen, was aus Sicht des Kleinkindes, d. h. egozentrisch, gut und schlecht ist. Diese Grundstrukturen und -kategorien sind Ergebnis teils unbewusster und teils bewusster Lernprozesse. Diese Lernprozesse sind jedoch nicht erinnerungsfähig, da sich in den ersten zwei bis drei Jahren noch kein erinnerungsfähiges Gedächtnis ausgebildet hat. Sie finden in einer frühen Lebensperiode statt, die Sigmund Freud „infantile Amnesie" genannt hat (vgl. Freud, 1916/1969). Sie verfestigen sich zunehmend, d. h., Erfahrungen werden selektiv zur Bestätigung von Vorerwartungen und Voreinstellungen gemacht.

Die *obere limbische Ebene* ist die Ebene der bewussten bzw. intuitiv erfahrenen, überwiegend sozial vermittelten Emotionen und Motive. Sie umfasst untere und innenliegende Anteile des Stirnhirns (also des frontalen Cortex). Hierzu gehören der insuläre, der cinguläre und der orbitofrontale Cortex. Der insuläre Cortex ist der Verarbeitungsort des Körpergefühls einschließlich der Schmerzempfindung, d. h., er legt fest, wann und wie stark eine Körperverletzung schmerzt, und ist auch Ort der affektiv-emotionalen Eingeweidewahrnehmung, des „Bauchgefühls". Hier entsteht auch das Gefühl der Empathie. Der vordere cinguläre Cortex hat mit Risikowahrnehmung und -bewertung und ebenfalls mit Schmerzempfindungen, insbesondere mit Schmerzerwartung, zu tun und ist zudem mit kognitiver Aufmerksamkeit und Fehlerüberwachung befasst. Der über den Augenhöhlen (Orbita) liegende orbitofrontale Cortex, also das untere Stirnhirn, und der innen angrenzende ventromediale frontale Cortex stellen in gewissem Sinne den „höchsten" limbischen Cortex dar. Hier befinden sich Netzwerke, die die positiven und negativen individuellen und sozialen Erfahrungen und insbesondere die Regeln moralischen und ethischen Verhaltens repräsentieren, also diejenigen Verhaltensweisen, die geeignet sind, das kleinkindliche egozentrisches Denken, Fühlen und Handeln abzumildern und die Unterstützung und Wertschätzung der Mitmenschen im engeren Sinne und der Gesellschaft im weiteren Sinne zu erhalten. Die genannten Hirnteile benötigen die längste Entwicklungszeit und sind erst im Alter von 18 bis 20 Jahren ausgereift.

Diesen drei limbischen Ebenen steht die *kognitiv-sprachliche Ebene* gegenüber, die in der Großhirnrinde im engeren Sinne angesiedelt ist. Hier finden sich handlungsvorbereitende Areale, insbesondere das obere Stirnhirn, der dorsolaterale präfrontale Cortex. Im linken außenliegenden Stirnhirn befindet sich auch das Broca-Sprachareal, das die Grundlage der menschlichen syntaktisch-grammatikalischen Sprache bildet. Das obere Stirnhirn ist Teil des Arbeitsgedächtnisses und damit Sitz von Intelligenz und Verstand. Es hat mit der zeitlich-räumlichen Strukturierung von Sinneswahrnehmungen zu tun, mit planvollem und kontextgerechtem Handeln und Sprechen und mit der Entwicklung von Zielvorstellungen. Zum einen wird hier geprüft, was „Sache ist", zum anderen geht es um Problemlösung und zweckrationale Handlungsplanung. Schließlich ist dies die Ebene der rationalen oder pseudorationalen Darstellung und Rechtfertigung des bewussten Ich vor sich selbst und vor den anderen. Das obere Stirnhirn hat nur einen geringen Einfluss auf das Verhalten, weil es nur schwache Verbindungen zu den genannten limbischen Ebenen hat. Dies erklärt einerseits, warum ein sehr rationaler Mensch gleichzeitig sehr gefühlskalt sein kann, und andererseits, warum rationale Einsicht allein das Verhalten nicht zu ändern vermag. Daher ist auch der bloße Appell an diese Einsicht meist zwecklos. Umgekehrt übt allerdings das limbische System einen starken Einfluss auf das Denken und Planen aus – mehr, als wir wahrhaben wollen!

3.3.2 Die sechs psychoneuralen Grundsysteme

Aus neurobiologischer Sicht lassen sich sechs Grundsysteme identifizieren, die durch das spezifische Zusammenwirken bestimmter Hirnsubstanzen (Neurotransmitter, Neuromodulatoren, Neuropeptide und Neurohormone) auf allen drei limbischen Ebenen die Persönlichkeit bestimmen (vgl. hier folgend Roth, 2015, S. 92 ff.)

Das erste Grundsystem ist das *Stressverarbeitungssystem*, auch Stressachse genannt. Es umfasst die Wirkung schneller Stresssubstanzen wie Adrenalin und Noradrenalin, die die sogenannte erste Stressreaktion bestimmen, sowie langsamer wirkender Substanzen wie Cortisol und seiner Vorstufen Corticotropin-Ausschüttungshormon (CRF bzw. CRH) und Adrenocorticotropes Hormon (ACTH), die mit ihrer Wirkung beginnen, wenn der Stress nicht vorübergehender, sondern anhaltender Art ist. Die Funktion dieses Stressverarbeitungssystems besteht darin, den Organismus zur Bewältigung körperlicher und psychischer Belastungen und Herausfor-

derungen zu befähigen. Es entsteht sehr früh in der Entwicklung des Gehirns, d. h. bereits vorgeburtlich in den ersten Schwangerschaftswochen, ist aber erst am Ende des ersten nachgeburtlichen Lebensjahres gut funktionsfähig.

Menschen unterscheiden sich stark in der Art, wie sie mit Stress umgehen, d. h. es gehört zu den grundlegenden Persönlichkeitseigenschaften von Menschen, wie viel Stress sie vertragen können, ob sie also Stresstoleranz zeigen, wie schnell und effektiv sie potenziell negative und bedrohliche Dinge erkennen, wie schnell die Stressachse Körper und Gehirn bei ihnen „hochfährt" und wie schnell sie die Aufregung wieder „herunterfahren" können. Manche Menschen vertragen viel Stress und laufen unter Belastung zur Hochform auf, haben aber Schwierigkeiten, sich wieder „abzuregen". Andere sind sehr stressempfindlich und vertragen kaum eine Belastung oder Aufregung, sie neigen dann dazu, aufregende oder belastende Situationen generell zu vermeiden. Schließlich gibt es Menschen, die sich gar nicht aufregen können und deshalb den Unbilden des Lebens völlig schutz- und willenlos ausgeliefert sind. Hier spielen vorgeburtliche und früh nachgeburtliche traumatisierende Ereignisse bzw. starke Bindungsdefizite eine große Rolle.

Das zweite Grundsystem ist das *interne Beruhigungssystem*. Es entwickelt sich z. T. ebenfalls vor der Geburt und insbesondere früh nachgeburtlich. Es ist überwiegend von der Hirnsubstanz Serotonin (5-Hydroxytryptamin, abgekürzt 5-HT) bestimmt. Serotonin bewirkt über bestimmte Typen von neuronalen Andockstellen (Rezeptoren genannt) eine Dämpfung und Beruhigung und ist wesentlich an der Unterdrückung schädlicher Handlungsimpulse beteiligt – „Tu lieber nichts, als dass du etwas Falsches tust!" Ein Mangel an Serotonin, meist in Kombination mit einem erhöhten Spiegel an Cortisol, ruft u. a. Depression, Ängstlichkeit, das Zurückschrecken vor Risiken, reaktive Aggression und Impulsivität hervor. Menschen interpretieren dann typischerweise die Welt als bedrohlich und fühlen sich ständig beunruhigt, was sich – meist bei Männern – oft in „reaktiver" körperlicher Gewalt („Man muss sich ja schließlich wehren!"), bei Frauen eher in Selbstverletzung und Selbstvorwürfen („Ich selbst bin an allem schuld.") und bei beiden Geschlechtern in Depression äußert. Auch hier spielen vor- und nachgeburtliche traumatische Erfahrungen eine entscheidende Rolle.

Das dritte Grundsystem ist das *interne Bewertungssystem*. Es registriert alles, was eine Person erlebt oder tut, im Hinblick auf seine Konsequenzen für das eigene Wohlergehen und zieht daraus Schlüsse für das weitere Verhalten. Das Registrieren posi-

tiver Ereignisse ist, wie bereits erwähnt, mit der Ausschüttung hirneigener Opioide verbunden, die – im Hypothalamus und in der Hypophyse produziert – auf viele Zentren des Gehirns einwirken und dann mit dem Gefühl der Belohnung und damit mit Freude, Vergnügen und Lust verbunden sind. Das Gefühl der Unlust und des Schmerzes ist hingegen mit der Ausschüttung anderer Stoffe wie Substanz-P („P" für „pain") und Vasopressin verbunden. Diese Positiv/Negativ-Bewertung entwickelt sich bereits sehr früh, spätestens im ersten Lebensjahr, und legt fest, wie stark eine Person auf Belohnung und auf Bestrafung reagiert und ob sie damit eher belohnungs- bzw. erfolgsempfänglich (extravertiert) oder bestrafungs- bzw. misserfolgsempfänglich (neurotizistisch) ist. Entsprechend zeigt sich bei den „Sensationshungrigen" ein hohes Maß an Dopamin kombiniert mit einem geringen Spiegel an Serotonin. Eine solche Mischung bringt die innere Leere hervor, von denen diese Menschen berichten und die sie mit einem „Kick" vorübergehend auszufüllen versuchen.

Das Bewertungssystem ist Grundlage des *Motivationssystems*, denn es signalisiert dem Menschen, dass Dinge und Handlungen, die in der Vergangenheit zu Belohnung führten, wiederholt und Dinge und Handlungen, die zu Bestrafung führten, vermieden werden sollten. Die Wiederholungstendenz beruht auf der unbewussten oder bewussten Annahme, dass sich bei einer Wiederholung erneut die Belohnung oder Bestrafung einstellt – sie ist also durch die Belohnungs- und Bestrafungserwartung getrieben. Diese Prozesse sind an die Ausschüttung des Neuromodulators Dopamin gebunden. Dopamin produzierende und Dopamin getriebene Nervenzellen, wie sie z. B. im Nucleus accumbens zu finden sind, signalisieren mit Erhöhung bzw. Erniedrigung ihrer Aktivitätszustände die individuellen Belohnungs- und Bestrafungserwartungen sowie unterschiedliche Aspekte der Erwartungen wie Höhe, Auftrittswahrscheinlichkeit und Risiko von Belohnung oder Bestrafung. Befindet sich der Mensch also in einer bestimmten Situation, so überprüft das Gehirn sofort, ob die Situation bereits bekannt ist, und wenn ja, welche positiven oder negativen Erfahrungen damit verknüpft sind. Im positiven Fall motiviert dann ein Dopamin-Stoß dazu, frühere Verhaltensweisen zu wiederholen; im negativen Fall motiviert ein Substanz-P- oder Vasopressin-Stoß dazu, sich der Situation zu entziehen bzw. die geplante Handlung zu unterlassen.

Das vierte Grundsystem ist das *Impulshemmungssystem*. Das Verhalten von Säuglingen und Kleinkindern ist i. d. R. egozentrisch, impulsiv und duldet keinen Belohnungsaufschub („Ich will alles und zwar sofort!"). Impulshemmung und Toleranz

gegenüber Belohnungsaufschub bzw. Aufschub der Beseitigung negativer Dinge sind für die Reifung der Persönlichkeit von großer Bedeutung und entwickeln sich vom ersten Lebensjahr an bis zum Erwachsenenalter. Verantwortlich sind hierfür auf hirnorganischer Seite das Ausreifen des unteren und inneren Stirnhirns und die dortige Höhe von Cortisol, Dopamin und Testosteron als impulsfördernden Stoffen und Serotonin als impulshemmendem Stoff. Das untere und innere Stirnhirn bilden hemmende Bahnen zu den limbischen Zentren aus, die auf der unteren und mittleren limbischen Ebene angesiedelt sind, und zwar vor allem zur Amygdala und zum Nucleus accumbens. Diese sind, wie geschildert, ihrerseits auf impulsive Reaktionen und unmittelbare Befriedigung egozentrischer Motive ausgelegt. Die Sozialisierung eines Menschen geht daher direkt mit der Ausbildung dieser hemmenden Bahnen und damit mit einer effektiven Impulskontrolle einher.

Das fünfte System ist das *Bindungs- und Empathiesystem*. Als Bindungssystem entwickelt es sich unmittelbar nach der Geburt, wenn der Säugling beginnt, seine Mutter oder eine andere primäre Bezugsperson gezielt anzulächeln, die Arme nach ihr auszustrecken und in immer komplexerer Weise mit ihr zu interagieren. Man nimmt an, dass sich durch dieses System die emotionale Kopplung zwischen Kleinkind und Mutter verstärkt und die Ausdifferenzierung der Gefühlswelt des Säuglings und Kleinkindes vorangetrieben wird. Hierdurch wird das Kleinkind im Rahmen seines Temperaments nachhaltig auf die individuelle Emotionalität der Mutter geprägt. Eine wesentliche Rolle bei dieser Bindung spielt das Neuropeptid Oxytocin, das bei Mutter-Kind-Beziehungen, bei erwachsenen Paarbeziehungen, beim Sexualverhalten, aber auch allgemein bei vertrauensvollen sozialen Kontakten zwischen Jugendlichen und Erwachsenen als „Bindungshormon" ausgeschüttet wird. Verstärkt wird diese Wirkung durch die Freisetzung endogener Opioide und Serotonin, die das Wohlgefühl und den Zustand der Beruhigung bei intensiven sozialen Beziehungen verstärken.

Das sechste Grundsystem umfasst den *Realitätssinn* und die *Risikowahrnehmung*. Beides entwickelt sich in stärkerem Maße nach dem dritten Lebensjahr, wenn sich die kognitiven Fähigkeiten des Gehirns, insbesondere in Hinblick auf Aufmerksamkeit und Gedächtnisleistungen, allmählich entwickeln. Dieses System ist vornehmlich an die Hirnsubstanzen Noradrenalin und Acetylcholin gebunden, die die kognitiven Bereiche der Großhirnrinde, besonders das Stirnhirn, sowie den für Lernen und Gedächtnis von Geschehnissen und Wissensinhalten (deklaratives Gedächtnis) zentra-

len Hippocampus beeinflussen. Noradrenalin erhöht die generelle Aufmerksamkeit und Zuwendung, Acetylcholin erhöht die Konzentration durch eine Fokussierung neuronaler Aktivität im Arbeitsgedächtnis und beim gezielten Abruf von Gedächtnisinhalten. Zu den Funktionen dieses Systems gehört auch die Fähigkeit, die Folgen eigenen Handelns möglichst realistisch abzuschätzen und Vorteile wie Risiken einer bestimmten Situation zu erkennen. Hier spielt vornehmlich die Aktivität des oberen äußeren und inneren Stirnhirns (dorsolateraler präfrontaler und anteriorer cingulärer Cortex) eine Rolle. Dieses rational-kognitive System entwickelt sich zusammen mit der Sozialisation sehr langsam und ist erst zu Beginn des Erwachsenenalters mehr oder weniger ausgereift.

Das Erreichen des Erwachsenenalters ist entsprechend charakterisiert durch die Tatsache, dass junge Leute langsam „zu Vernunft und Verstand“ gekommen sind. Dies beinhaltet, dass sie in der Lage sind, zu erkennen, dass manche Verhaltensweisen fatale Konsequenzen nach sich ziehen können, und gleichzeitig gelernt haben, sich zu „benehmen“, d. h. gesellschaftlich korrekt zu handeln und sich damit die Zuneigung oder zumindest die Achtung ihrer Mitmenschen zu erhalten. Dies hat natürlich auch stark mit gesellschaftskonformem Verhalten zu tun. Es ist allerdings wichtig, zu beachten, dass eine gute Risikowahrnehmung allein eine Person nicht automatisch davon abhält, etwas Unvernünftiges zu tun. Hier ist die Zuarbeit des unteren und inneren Stirnhirns (orbitofrontaler und ventromedialer Cortex) nötig, in dem die emotionalen Bewertungen des Handelns gespeichert sind. Dies erklärt, warum Menschen zuweilen (oder oft) schlechte Dinge wider besseren Wissens tun, nämlich wenn ihr unteres und inneres Stirnhirn keine entsprechenden Bewertungen enthält.

Die geschilderten psychoneuralen Grundsysteme entstehen auf den unterschiedlichen limbischen Ebenen in einer komplexen Wechselwirkung zwischen Genen und Genregulationsmechanismen (Epigenetik) einerseits und Umwelteinflüssen andererseits. Das erste und das zweite Grundsystem, d. h. Stressverarbeitung und Selbstberuhigung, beginnen mit ihrer Entwicklung bereits lange vor der Geburt, setzen diese aber nach der Geburt weiter fort. Immerhin prägt ihr jeweiliger Entwicklungszustand das Verhalten des Neugeborenen und legt fest, ob der Säugling ein eher ruhiges oder schwierig-nervöses Temperament besitzt. Bald nach der Geburt entwickeln sich dann die Bindungsfähigkeit und im Rahmen des Bindungsverhaltens auch die Fähigkeit zu Motivation und zur Impulskontrolle. Viel später bildet sich der Realitätssinn aus.

3.4 Vergleich des neuralen Persönlichkeitsmodells mit den Big Five

Man kann die innerhalb der Big Five beschriebenen grundlegenden Persönlichkeitsmerkmale gut mit den Eigenschaften und Ausprägungen der soeben beschriebenen psychoneuralen Grundsysteme in Einklang bringen und somit neurobiologisch begründen (vgl. hier folgend Roth, 2015a, S. 96 ff.).

Eine starke Ausprägung der Dimension Extraversion korreliert mit einem robusten Stressverarbeitungssystem und einer hohen Frustrationstoleranz in Verbindung mit starken Belohnungserwartungen. Zudem besteht ein enger Zusammenhang mit einem hohen Spiegel an Dopamin und hirneigenen Opioiden sowie im Bereich Geselligkeit mit einem deutlich entwickelten Oxytocin-Bindungssystem. Extravertierte Menschen trauen sich meist selbst viel zu, erwarten vom Leben hinreichend Belohnungen, nehmen Enttäuschungen aber nicht so schwer, sondern hoffen auf die nächste Chance. Sie schauen also eher positiv und unternehmungslustig in die Welt, nehmen viele Dinge nicht so genau, reagieren aber oft voreilig und können damit ihren Mitmenschen schnell auf die Nerven gehen. Sie schweben in Gefahr, in ihrem Optimismus, ihrem Tatendrang und ihrer hohen Belohnungsorientiertheit hohe Risiken einzugehen und mit einem solchen Verhalten sich und andere zu schädigen.

Menschen mit einem hohen Neurotizismuswert zeichnen sich hingegen durch eine niedrige Frustrationstoleranz, ein schwaches Selbstberuhigungssystem und ein ebenso schwaches Belohnungserwartungssystem sowie eine übertriebene Risikowahrnehmung aus. Sie sind eher ängstlich und veränderungsscheu, weil jede Veränderung Risiken mit sich bringt. Lieber tun sie nichts, als dass sie riskieren, etwas Falsches zu tun. Ihr Verhaltensantrieb ist deshalb gering. Hoher Neurotizismus sagt auch Bindungsschwierigkeiten voraus. Das Merkmal Gewissenhaftigkeit ist bei Neurotizisten oft ausgeprägt und geht einher mit einer effektiven Impulskontrolle und Risikowahrnehmung. Je mehr schiefgehen könnte, desto sorgfältiger bereiten sie sich vor, oder sie kontrollieren ihre eigene Lebenswelt und oft auch die der anderen. Dies kann zu einem regelrechten Kontrollzwang führen (beim Verlassen des Hauses ein mehrmaliges Überprüfen, ob alle Fenster wirklich geschlossen sind), zum eigensinnigen Beharren auf eigenen Vorstellungen usw.

Der Grundfaktor Verträglichkeit ist verbunden mit einer ausgeprägten Frustrationstoleranz zusammen mit einem gut entwickelten internen Selbstberuhigungs-

system sowie einem gut funktionierenden Bindungs-, Empathie- und Impulshemmungssystem. Wenn ihr Ehrgeiz und ihre Handlungsbereitschaft gering ausgeprägt sind, so sind diese Menschen freundlich, umgänglich und hilfsbereit bis hin zum Verzicht auf die Verwirklichung eigener Interessen (Helfersyndrom). Sie sind dann auch „geborene Opfer" von Schikanen und Ausbeutung.

Die Ausprägung Offenheit/Intellekt ist eng verwandt mit Extraversion und wird durch ein starkes Belohnungserwartungssystem und ein funktionierendes Selbstberuhigungssystem sowie einen entwickelten Realitätssinn charakterisiert. Menschen mit einer mittleren bis starken Ausprägung dieses Grundfaktors sind neugierig und wissbegierig, haben eine hohe Lernbereitschaft, sind oft auch ehrgeizig, gehen dabei aber meist mit Bedacht vor und schätzen Vor- und Nachteile einer Situation und des eigenen Handelns gut ein.

Die dargestellten Persönlichkeitsmerkmale siedeln sich im Rahmen der sechs psychoneuralen Grundsysteme auf den drei limbischen Ebenen an. Das bedeutet, dass ein Teil der menschlichen Persönlichkeit – man schätzt 30–40 % – genetisch vorgegeben ist oder sich während der vorgeburtlichen Entwicklung ausprägt. Dieser Anteil macht das Temperament aus, mit dem ein Mensch auf die Welt kommt und an dem man sehr wenig bis nichts ändern kann. Demgegenüber sind diejenigen Merkmale, die sich nach der Geburt entwickeln und etwa 40 % der Persönlichkeit ausmachen, stärker veränderbar, insbesondere innerhalb der ersten Jahre der Kindheit. Die Veränderbarkeit der Persönlichkeit lässt zum Erwachsenenalter hin deutlich nach und bildet die restlichen 20–30 %. Entwicklungs- und Persönlichkeitspsychologen sagen, dass die wesentlichen Züge der Persönlichkeit eines Menschen bereits mit 14 Jahren festgelegt sind und man damit seine Persönlichkeit im Alter von 40 Jahren schon gut vorhersagen kann (vgl. Asendorpf/Neyer, 2012).

3.5 Wie sieht eine gesunde Persönlichkeit aus und wie kann sie im Kontext beruflicher Tätigkeit befördert werden?

Eine psychisch gesunde Persönlichkeit ist nach dem bisher Dargelegten durch eine gute Entwicklung der genannten psychoneuralen Funktionssysteme auf den drei limbischen Ebenen sowie einer guten Entwicklung der kognitiven Ebene gekennzeichnet. Dies beinhaltet entsprechend

1) eine gute Stressbewältigung, d. h. die Fähigkeit, Probleme rechtzeitig zu erkennen und geeignete Bewältigungsmaßnahmen (Problembeseitigung oder emotional-kognitive Anpassung) zu treffen,
2) ein hohes Maß an Selbstberuhigung, d. h. die Fähigkeit, sich durch Probleme und Belastungen nicht aus dem seelischen Gleichgewicht bringen zu lassen,
3) ein Gleichgewicht zwischen individuellen, oft unbewussten Motiven und bewussten, oft sozial vermittelten Zielen,
4) ein hohes Maß an sozialer Kompetenz,
5) eine gut ausgeprägte Handlungskontrolle und
6) ein ausgeprägtes Realitätsbewusstsein und eine gute Risikowahrnehmung.

Wie dargestellt, entwickeln sich die Grundlagen dieser Fähigkeiten bereits sehr früh, z. T. vorgeburtlich und dann in den ersten Lebensjahren über die frühen Bindungserfahrungen und frühen sozialen Prägungen. Spätestens nach Abschluss der Adoleszenz sind die Einwirkungsmöglichkeiten sowohl im psychischen Normalbereich als auch bei psychischen Erkrankungen begrenzt, aber durchaus nicht zwecklos. Eine Grundvoraussetzung für solche Maßnahmen ist bei psychisch Gesunden eine gute Persönlichkeitsdiagnose. Nach Meinung von Experten empfiehlt sich hierbei eine Kombination eines Big-Five-Tests mit einem IQ-Test. Wie Vergleichsstudien zeigen, bringen Assessment-Center-Verfahren demgegenüber kaum weitere nennenswerte Erkenntnisse, weil sie zu sehr von der Tagesform, Vorkenntnissen und Übung der Beteiligten abhängen (vgl. Asendorpf/Neyer, 2012).

Die Bedeutung einer guten Persönlichkeitsdiagnose im beruflichen Kontext liegt darin, dass die *Passung* zwischen der jeweiligen Persönlichkeitsstruktur und der Tätigkeit für das Wohlbefinden entscheidend ist. Kurz gesagt: Nicht jeder Mensch ist hinsichtlich seiner Persönlichkeitsstruktur und seiner Erwartungshaltung für jede Tätigkeit, sei sie äußerlich (d. h. nach objektiven Kriterien) auch noch so attraktiv, geeignet. Eine mangelnde Passung zwischen Persönlichkeitsstruktur und beruflicher Tätigkeit kann zu einer Minderung des Wohlbefindens bis hin zu schweren Konflikten führen, was wiederum Auswirkungen auf die Tätigkeit hat, wie die folgenden Abschnitte zeigen.

Stressbewältigung

Das Ausmaß der Fähigkeit zur Bewältigung von Herausforderungen und Belastungen (Coping) gehört zu den Grundzügen jeder Persönlichkeit und geht – in den Begriffen der Big Five – mit einer Kombination von gut ausgeprägter Extraversion, insbesondere Belohnungsorientierung, und Offenheit einher. Zudem setzt es die Fähigkeit zur Selbstberuhigung, Selbstmotivation sowie der realistischen Einschätzung der Situation und der eigenen Fähigkeiten voraus. Personen mit solchen Merkmalen gewinnen bei Erfolgen an Zuversicht und Tatkraft und erhöhen typischerweise ihre Erwartungen, weil sie die Erfolge dem eigenen Können zuschreiben. Sie lassen sich nicht schnell entmutigen, weil sie Misserfolge auf die Umstände und höchstens mangelnde eigene Anstrengung zurückführen („Da habe ich mich nicht genügend angestrengt.“).

Niedrige Neurotizismuswerte und mittelhohe Extraversionswerte bei Beschäftigten sagen guten Kundenkontakt und Verkaufserfolge voraus; gute Verträglichkeitswerte sagen Teamfähigkeit voraus (vgl. Asendorpf/Neyer, 2012). Der gute Vorgesetzte sollte daher dem Tatendrang dieser Menschen möglichst freien Raum lassen und sie an entsprechende Positionen stellen. Eine reale Gefahr besteht in einer möglichen Überschätzung der eigenen Kräfte und dem Nachlassen des Realitätssinns.

Hohe Neurotizismuswerte sagen hingegen eine geringe Stresstoleranz, schnelle Überforderung und häufige Krankheiten voraus, besonders in Form starker subjektiver Beschwerden, die schwer zu behandeln sind und Probleme im Umgang mit Kunden, Mitarbeitern und häufigen Arbeitsplatzwechsel mit sich bringen können. Zugleich ist Neurotizismus oft mit einem gut ausgeprägten Realitätssinn in Hinblick auf mögliche Gefahren und Risiken und einem hohen Grad an Gewissenhaftigkeit verbunden und zwar aus Angst, etwas falsch zu machen. Solche Personen sind die idealen Controller und sonstigen „Aufpasser“, von denen man jedoch keine große Kreativität erwarten kann. Für den Arbeitgeber bilden sie aufgrund ihrer labilen Stimmungslage die ständigen Sorgenkinder; er sollte ihnen Aufgaben übertragen, die sie nicht überlasten, ihnen jedoch kontinuierlich gewisse Bestätigungserlebnisse verschaffen. Hier sind Anleitung und Lob besonders wichtig.

Kongruenz von Motiven und Zielen

Eine Übereinstimmung impliziter Motive und expliziter Ziele ist für das Berufsleben ebenfalls sehr wichtig. Unzufriedenheit, mangelnde Leistungen oder Erkrankungen

sind oft die Folge einer mangelnden Passung, d. h. der Mitarbeiter kann sich nicht genügend in seiner Tätigkeit verwirklichen, etwa weil dem Extravertierten und Offenen in seinem Gestaltungswillen zu wenig Spielraum geliefert oder umgekehrt dem Neurotizisten und Gewissenhaften zu hohe Verantwortung aufbürdet wird. Dies muss dem Betroffenen keineswegs voll bewusst sein, weshalb eine professionelle Persönlichkeitsdiagnose umso wichtiger ist. Oft werden auch Mitarbeiter ohne großes Nachfragen an bestimmte Positionen gesetzt oder sie werden von den Vorgesetzten mit Versprechen zu Tätigkeiten gedrängt, die ihnen nicht liegen. In der Personalauswahl und in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen ist die genannte Passung deshalb sorgfältig zu überprüfen.

Soziale Kompetenz und Handlungskontrolle

Eine hohe soziale Kompetenz und ein hohes Maß an Selbststeuerung der eigenen Tätigkeit sind besonders gefragte Attribute für den erfolgreichen Mitarbeiter. Soziale Kompetenz ist insbesondere mit der Merkmaldimension Offenheit/Intellekt verbunden, zugleich mit mittelhohen Extraversionswerten und niedrigem Neurotizismus. Soziale Kompetenz hat zwei voneinander weitgehend unabhängige Komponenten, nämlich zum einen die Durchsetzungsfähigkeit eigener Interessen, die stark mit einer ausgeprägten Extraversion korreliert, und zum anderen die Beziehungsfähigkeit, die neben Extraversion stark mit Verträglichkeit korreliert (vgl. Asendorpf/Neyer, 2012). Hier sollte der Vorgesetzte genau darauf achten, dass der Durchsetzungswille nicht mit der sozialen Verträglichkeit in Konflikt gerät oder nicht zu manipulativ wirkt.

Motivation der Mitarbeiter

Die richtige Motivation der Mitarbeiter ist bei allen Personalführungsmaßnahmen von zentraler Bedeutung, wird aber in ihrer Komplexität oft weit unterschätzt. Der größte Fehler besteht darin zu glauben, die Motivstruktur und damit die Belohnungserwartung sei bei den Mitarbeitern mehr oder weniger dieselbe. Vielmehr gilt, dass sich Menschen in ihrer Arbeitsmotivation und ihrer Belohnungserwartung z. T. stark unterscheiden. Was für den einen eine Belohnung darstellt, ist es für den anderen noch lange nicht. Im Wesentlichen gibt es drei Arten der Belohnung, nämlich materielle bzw. monetäre, soziale und intrinsische Belohnungen. Alle drei haben ihre Eigenheiten und Dynamiken, die jeder Vorgesetzte unbedingt beachten sollte:

- *Materielle Belohnungen* wie Einkommen, Boni, Privilegien verlieren ihre Wirkung bei jeder Wiederholung meist um die Hälfte oder gar schneller (Diskontierung). Hinzu kommt ein Enttäuschungseffekt bei Eintritt einer Belohnung in *erwarteter* Höhe. Deshalb muss die materielle Belohnung ständig gesteigert werden, bis ein „Deckeneffekt" eintritt und die Belohnungen keinen weiteren positiven Effekt mehr haben. Sie haben jedoch einen sehr starken *negativen* Effekt, wenn sie z. B. als Sonderanreize wieder rückgängig gemacht werden. Verlust wird im Allgemeinen doppelt so stark empfunden wie Gewinn, weshalb man mit materiellen Sonderanreizen sehr vorsichtig umgehen sollte.
- *Soziale Belohnungen* (Lob, Anerkennung durch Vorgesetze, Kollegen und Mitarbeiter, Titel, soziale Privilegien) lassen in ihrer Wirkung langsamer als materielle, jedoch auch stetig nach. Je häufiger belobigt und ausgezeichnet wird, insbesondere nach demselben Ritual, desto schneller verlieren diese Maßnahmen ihre Wirkung. Auszeichnungen verdienter Mitarbeiter sind ein probates, aber problematisches Mittel, weil sie fast automatisch Neid und Missgunst hervorrufen. Hier sollte besonders auf Transparenz und Gerechtigkeit der Kriterien („Warum er und nicht ich?") und des Bewertungsprozesses („Schieberei? Vetternwirtschaft?") geachtet werden.
- Die einzige Belohnung, die nicht in Sättigung geht, ist die *intrinsische Belohnung.* Sie kann sogar mit Wiederholung ansteigen. Sie besteht in der Freude am Gelingen, in der Selbstbestätigung, im Gefühl der Verwirklichung eigener Fähigkeiten und Wünsche (Selbstwirksamkeit), im Nachweis, besser zu sein als andere, und in der Überzeugung, an einer wichtigen Sache mitzuarbeiten. Die meisten Menschen, allerdings keineswegs alle, streben nach dieser intrinsischen Belohnung, die ihrerseits individuell sehr unterschiedlich ausfallen kann.

Die große Kunst der Personalführung besteht darin, einen Übergang von der rein materiellen zur sozialen und schließlich zur intrinsischen Belohnung herbeizuführen.

Die Bedeutung des Vorbildes

Menschen werden nicht nur durch eigene Erfahrungen, sondern ebenso durch die Erfahrungen anderer bestimmt. Zusammen mit Bindung und Ermutigung bildet der Vorbildcharakter einer Person, besonders eines Vorgesetzten, die wichtigste Voraus-

setzung für Motivationsmaßnahmen und eine Persönlichkeits- und Verhaltensänderung. Vorbilder setzen die Hemmschwelle gegenüber Veränderungen stark herab („Was er/sie kann, kann ich auch bzw. schon lange!“). Dies hilft, die bei vielen Menschen vorhandene Veränderungsangst zu überwinden, die zu oft zu der Äußerung führt: „Das geht sowieso nicht, es ist zwecklos!“ Das Vorbild zeigt, dass es doch geht und darf daher in seiner Bedeutung im beruflichen Kontext auf keinen Fall unterschätzt werden (vgl. Roth, 2015b).

3.6 Abschlussbemerkungen

Es wurde versucht aufzuzeigen, dass die Entwicklung einer gesunden Persönlichkeit ein komplexer Vorgang ist. Er umfasst zum einen Prozesse, die vor- und frühgeburtlich ablaufen und die im Wechselspiel von Genen und Umwelt in positiver und negativer Weise einen Großteil der sich schnell stabilisierenden Persönlichkeit und das Ausmaß der Zufriedenheit im Privat- und Berufsleben ausmachen. An dieser Grundstruktur lässt sich im Erwachsenenalter relativ wenig ändern.

Zufriedenheit und damit auch beruflicher Erfolg beruhen auf einer guten Passung zwischen den individuellen Motiven, Zielen und Belohnungserwartungen einerseits und der auszuübenden Tätigkeit andererseits. Inkongruenzen führen zu Fehlleistungen, Unzufriedenheit und Krankheit. Deshalb ist es für das Berufsleben sehr wichtig, die Persönlichkeit eines Menschen, seine Motive und Ziele und die sich daraus ergebenden Belohnungserwartungen hinreichend zu kennen. Aus dieser Kenntnis ergeben sich auch die Motivationsmaßnahmen (materiell, sozial und intrinsisch), die für die Weiterentwicklung der Persönlichkeit eines Mitarbeiters förderlich sind.

Literatur

Allport, G. W./Odbert, H. S. (1936). *Trait names: A psycholexical study*. Psychological Monographs, (47), S. i–176.

Amelang, M./Bartussek, D. (2001). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer.

Asendorpf, J. B./Neyer, F. J. (2012). *Psychologie der Persönlichkeit*. Heidelberg: Springer.

Costa, P. T. Jr./McCrae, R. R. (1992). *Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory*. Psychological Assessment, (4), S. 5–13.

DeYoung, C. G. (2006). *Higher-order factors of the Big Five in a multi-informant sample*. Journal of Personality and Social Psychology, (91), S. 1138–1151.

Freud, S. (1916/1969). *Vorlesungen zur Einführung in die Psychoanalyse*. Studienausgabe. Frankfurt a. M.: Fischer.

Gray, J. A. (1990). *Brain systems that mediate both emotion and cognition*. Cognition and Emotion, (4), S. 269–288.

Ostendorf, F./Angleitner, A. (2004). *NEO-PI-R – NEO Persönlichkeitsinventar nach Costa und McCrae*. Revidierte Fassung. Göttingen: Hogrefe.

Roth, G. (2015a). *Intelligenz, Hochbegabung und Persönlichkeit*. In: Rost, H. D. (Hrsg.): Intelligenz und Begabung, Unterricht und Klassenführung. Münster: Waxmann, S. 73–116.

Roth, G. (2015b). *Persönlichkeit, Entscheidung und Verhalten*. 9. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Roth, G./Strüber, N. (2014). *Wie das Gehirn die Seele macht*. Stuttgart: Klett-Cotta.

II
Ausgewählte umsetzungsspezifische Herausforderungen

4 Ist Erkennen wichtiger als Handeln? Bedeutung von fundierten und praktikablen Diagnoseinstrumenten im betrieblichen Gesundheitsmanagement von kleinen und mittleren Unternehmen

WOLFGANG RITTER, STEPHANIE PÖSER

Gesunde Beschäftigte bedeuten weniger Fehlzeiten, weniger krankheitsbedingte Kosten und weniger Ausfälle. Auch haben „gesunde“ Unternehmen weniger mit Fluktuation zu kämpfen, sie verfügen über eine höhere Arbeitszufriedenheit und damit gesteigerter Produktivität und Motivation. Viele gute Gründe, um in die Gesundheit der Beschäftigten zu investieren.
Damit sich eine Investition in die Gesundheit der Beschäftigten auch auszahlt, sind zielgruppengenaue und bedarfsgerechte Maßnahmen notwendig. Aber wie lassen sich die richtigen Maßnahmen für die Beschäftigten finden? Der vorliegende Beitrag beschäftigt sich mit Diagnostik im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Er geht also der Frage nach, mit welchen Mitteln Informationen über die gesundheitlichen Defizite und Bedürfnisse der Beschäftigten gewonnen werden können, um daraus die notwendigen Maßnahmen abzuleiten, die die Gesundheit der Beschäftigten erhalten und fördern. Dabei werden besonders klein- und mittelständische Unternehmen (KMU) aufgrund ihrer arbeitsmarktpolitischen Bedeutung, ihrer speziellen Ressourcen für die betriebliche Gesundheitspolitik und ihrer praktikablen Umsetzungsstrategien im betrieblichen Gesundheitsmanagement in den Fokus genommen.
Zunächst soll die Notwendigkeit einer Diagnostik der Ist-Situation dargelegt werden. Es lassen sich grundsätzlich vier methodische Gruppen von Analyseverfahren unterscheiden: quantitativ- und qualitativ-objektive sowie quantitativ- und qualitativ-subjektive Verfahren. Im Folgenden soll jeweils ein Analyseverfahren aus den vier Bereichen mit seinen Vor- und Nachteilen näher erläutert werden. Das Fazit fasst vor dem Hintergrund der Fragestellung die gerade für KMU geeignet erscheinenden Instrumente zusammen und gibt einen Ausblick auf weitere förderliche sowie hemmende Bedingungen in der BGM-Diagnostik bei KMU.

4.1 Notwendigkeiten einer Diagnostik der Ist-Situation

In der betrieblichen Praxis der Produktions- und Dienstleistungskonzepte sind die Beschäftigten – ihre Qualifikation, Motivation und Verfügbarkeit (und damit auch ihre Gesundheit) – die entscheidende Quelle überlegener Wettbewerbsfähigkeit und Flexibilität einer Organisation. Kosten, die durch Absentismus, Fluktuation, verringerte quantitative sowie qualitative Arbeitsleistungen und Produktionsausfälle entstehen, sollen verständlicherweise nicht nur in Zeiten angespannter Konjunkturlagen vermieden werden. Die Beschränkung auf technisch-normiertes Wissen sowie fehlende präventive Maßnahmen zur Erkennung und Vermeidung veränderter Krankheitsspektren (z. B. Stress, chronisch-degenerative Erkrankungen) erfordern ein integratives betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM), dessen Inhalte auf einer fundierten Diagnostik fußen.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement folgt den Zyklen einer Lernspirale, die durch entsprechende (über-)betriebliche Strukturen und Politik gestützt wird. Danach beginnt jede Maßnahme mit der Ist-Analyse. Anschließend werden Ziele und Rahmenbedingungen festgelegt. Nach der Umsetzung der Maßnahmen wird deren Wirksamkeit evaluiert. Die erneute Ist-Analyse stellt den Beginn eines neuen Zyklus dar (vgl. Badura et al., 1999). Das betriebliche Gesundheitsmanagement ist demnach eine über einzelne Maßnahmen und Instrumente hinausgehende, koordinierte Vorgehensweise hinsichtlich der Schaffung von Strukturen, der Bedarfsanalyse, der Planung, Umsetzung und der Erfolgskontrolle (vgl. Abb. 4.1).

Der philosophische Grundgedanke lautet: Erkennen ist mindestens ebenso wichtig wie Handeln. In diesem Sinne sollte auch der Diagnostik der Situation der Beschäftigten im Unternehmen eine hohe Bedeutung beigemessen werden und dies aus mehreren Gründen. Im Folgenden wird aufgezeigt, dass der Prozessbestandteil „Diagnostik“ ein wesentlicher Ausgangspunkt für den nachfolgenden BGM-Prozess darstellt.

Organisationen sind i. d. R. große und selten komplett überschaubare Gebilde mit einer Vielzahl von Akteuren mit unterschiedlichem Wissensstand und Entscheidungsbefugnissen. Insofern ermöglichen Diagnostikinstrumente eine bessere Übersicht von komplexen Strukturen in Organisationen hinsichtlich der Krankenstände und Fehlzeiten sowie deren möglicher Ursachen.

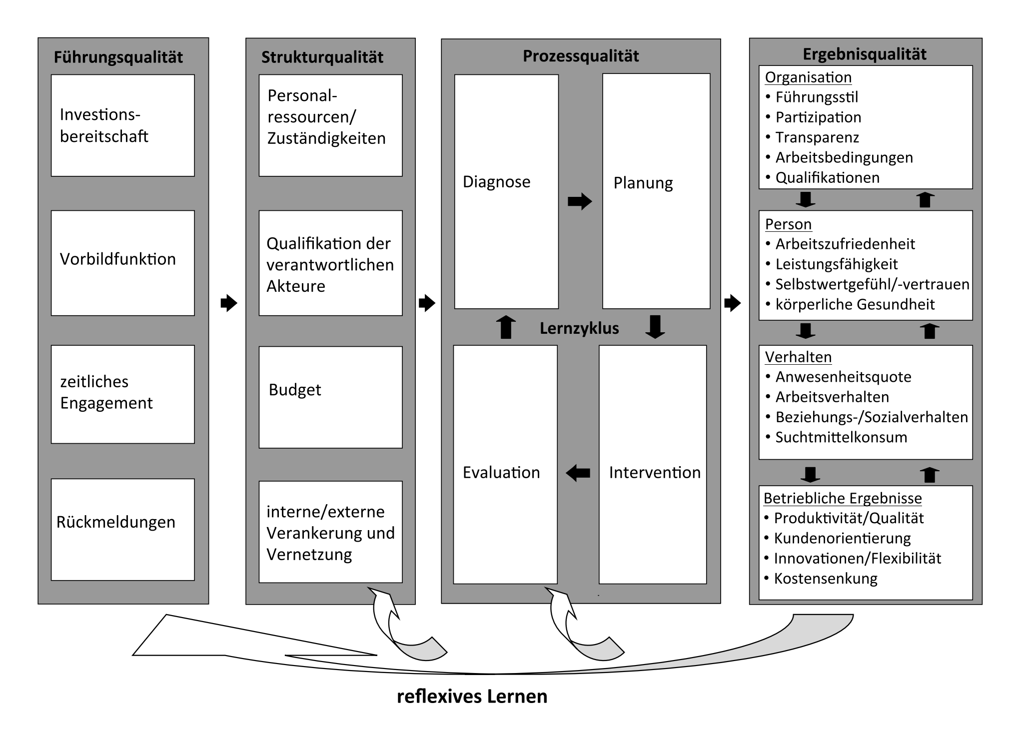


Abb. 4.1: Lernzyklus im betrieblichen Gesundheitsmanagement

In Zeiten knapper Ressourcen ist ein ökonomischer und effizienter Einsatz von Intervention nötig. Diagnostik kann Schwachpunkte in Organisationen aufdecken (z. B. über Ursachen von Krankenständen und Fehlzeiten) und dort einen gezielten Ressourceneinsatz ermöglichen. Gezielte Gesundheitsförderungsaktivitäten gestalten sich hier ökonomischer und effizienter als Maßnahmen und Gesundheitsaktivitäten, die im „Gießkannenprinzip" auf die gesamte Organisation angewandt werden.

Gezielte Diagnostik kann als Kooperations- und Thematisierungshilfe für das Thema Krankenstände und Fehlzeiten herangezogen werden. Hierbei ist eine möglichst vorurteils- und konfliktfreie Auseinandersetzung mit diesen Themen von allen beteiligten Akteuren notwendig. Tragfähige und fundierte Analyseergebnisse ermöglichen die Thematisierung von Gesundheitsangelegenheiten bei verschiedenen Parteien des Unternehmens (beispielsweise Unternehmensführung, Beschäftigte, Betriebsrat, Betriebsarzt), ohne dass über Halb- oder Gerüchtekenntnisse diskutiert werden muss.

> Eine Diagnose „ermöglicht eine systematische und valide Erfassung der physischen und psychischen Gesundheit der Beschäftigten und ihrer Bedingungen sowie die Ableitung prioritärer Handlungsbedarfe, sie schafft die Grundlage zur Festlegung messbarer Zielparameter für die nachfolgenden Interventionen, und sie liefert die ‚Baseline' für die spätere Evaluation" (Walter, 2010, S. 156).

Grundsätzlich lassen sich vier Diagnoseverfahren unterscheiden:

1) quantitativ-objektive Verfahren (z. B. Fehlzeitenanalyse, Altersstrukturanalyse, Unfallstatistiken, Gesundheitsbericht der GKV)
2) qualitativ-objektive Verfahren (z. B. arbeitsmedizinische Untersuchungen, Gefährdungsbeurteilungen, Arbeitsplatzanalysen)
3) quantitativ-subjektive Verfahren (z. B. Mitarbeiterbefragungen)
4) qualitative-subjektive Verfahren (z. B. Gesundheitszirkel mit Beschäftigten und Führungskräften, Einzelinterviews)

Sowohl quantitative als auch qualitative Diagnosen dienen der Datenerhebung und -auswertung. Quantitative Diagnoseverfahren stellen die zahlenmäßige Ausprägung eines Phänomens dar. Gläser und Laudel beschreiben quantitative Diagnoseverfahren als Methoden, die

> „auf einer Interpretation sozialer Sachverhalte (beruhen), die in der Beschreibung der Sachverhalte durch Zahlen resultiert. Dabei werden entweder die Merkmale der Sachverhalte oder die Häufigkeit des Auftretens von Merkmalen durch Zahlen beschrieben" (Gläser/Laudel, 2006, S. 24).

Quantitative Methoden operieren i. d. R. auf breiterer Basis und greifen auf ein größeres Datenvolumen zurück als qualitative Verfahren.

Qualitative Verfahren können als „auf der Interpretation sozialer Sachverhalte, die in einer verbalen Beschreibung dieser Sachverhalte" (Gläser/Laudel, 2006, S. 24) resultieren beschrieben werden. Es geht um das Verstehen von Hintergründen und Zusammenhängen sowie das Vertiefen von Einsichten über ein untersuchtes Phänomen.

Objektivität, als ein wissenschaftliches Gütekriterium, bedeutet die Unabhängigkeit des Ergebnisses von den äußeren Einflüssen während der Erhebung. Dies beinhaltet die Rahmenbedingungen, unter denen Daten erhoben wurden genauso, wie auch den Einfluss, den der/die Datenerhebende auf die Ergebnisse ausübt. Objektiv ist ein Verfahren dann, wenn es zu einer anderen Zeit, an einem anderen Ort und

von einer anderen Person erhoben zu den gleichen Ergebnissen führt wie die ursprüngliche Diagnose. Bezogen auf qualitative Diagnosen kann man von Objektivität sprechen, wenn Diagnosen (möglichst) neutral und unvoreingenommen sowie nach fest vorgegeben Beurteilungs- und Bewertungsschemata durchgeführt werden. Aus testtheoretischer Sicht stellt fehlende Objektivität einen Mangel dar.

> „In der qualitativen Forschung wird die fehlende Neutralität der Untersuchungsteilnehmer/innen (jedoch) nicht als Störfaktor, sondern als relevante Informationsquelle gesehen (…), da sich darüber der Handlungszusammenhang aus subjektiver Sicht erschließen kann. Anders ausgedrückt: Objektivistische Zugänge sind in erster Linie auf überzeitliche, raumungebundene Strukturen, d. h. auf die nomothetische Erfassung menschlicher ‚Natur' gerichtet; sie fragen, *was* die psychische Welt an sich ist. Subjektivistische Zugänge sind hingegen auf Motive, Intentionen, Meinungen und Einstellungen oder auch subjektive Theorien über das Handeln gerichtet, mithin auf das vom Individuum aus betrachtete *Wozu* und *Warum*." (Przyborski/Slunecko, 2010, S. 629)

Im Folgenden soll jeweils ein Beispiel der vier Diagnoseverfahren vorgestellt werden.

4.2 Gesundheitsbericht

Der Gesundheitsbericht ist ein *quantitativ-objektives Verfahren* und stellt als deskriptive betriebliche Epidemiologie ein problemaufweisendes Instrument dar. Es bildet zusammen mit dem betrieblichen Gesundheitszirkel als problembearbeitendes Instrument ein integriertes Verfahren der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Slesina, 1994).

Bevor ein Gesundheitsbericht erstellt wird, müssen die Auswertungseinheiten für die jeweilige Organisation festgelegt werden. Zu jedem Versicherten werden i. d. R. bestimmte Organisationskennziffern für eine entsprechende Zuordnung (z. B. Kostenstellen) vorgenommen. Da aus datenschutzrechtlichen Gründen Abteilungen von weniger als 30 Beschäftigten nicht ausgewertet werden, müssen bestimmte belastungshomogene Bereiche mithilfe der betrieblichen Experten sinnvoll zusammengefasst werden.

Der Gesundheitsbericht ist prinzipiell mit einer Bilanz vergleichbar, deren primäre Zielsetzung in der Transparenz liegt. In dieser Bilanz soll deutlich werden, wie eine Organisation hinsichtlich einzelner gesundheitlicher Indikatoren im Verhältnis zur Branche oder zum Bundesergebnis steht. Ferner werden die einzelnen Werksteile, Abteilungen oder Kostenstellen in einer vergleichenden Analyse untersucht. Das Ziel dieser abgestuften Untersuchung ist die Ermittlung von einzelnen Betriebs- oder

Unternehmensbereichen, die auffällig über den Bundes- bzw. Branchendurchschnitt des gesundheitlichen Indikators „Arbeitsunfähigkeit" liegen (vgl. Schröer, 1991, S. 17) (vgl. Abb. 4.2).

Bund ↓ Branche ↓ Unternehmen ↓ einzelne Werksteile, Abteilungen oder Kostenstellen				
	Abteilung A	Abteilung B	Abteilung C	Abteilung Z
AU-Tage/Fälle				
Krankheitsarten				
Dauer und Häufigkeit von Krankheitsarten				

Abb. 4.2: Stufenkonzept der betrieblichen Gesundheitsberichte (vgl. Schröer, 1991)

Der Gesundheitsbericht gibt in erster Linie allen für die Gesundheitsförderung Verantwortlichen Informationen über die Verteilung der Arbeitsunfähigkeit. Hierdurch sollen letztlich eine Thematisierung der Probleme und eine Kooperation der verschiedenen betrieblichen Akteure bei der Bearbeitung entstehen. Als „Verantwortliche" gelten hier insbesondere die oberen Managementpositionen, wie Personalleiter, Sicherheitsfachkraft, Betriebsarzt, Betriebsrat. Um die Informationsverarbeitung bei den Akteuren zu gewährleisten, können entsprechende innerbetriebliche Strukturen zur Thematisierung entwickelt werden. In vielen Fällen ist die Bildung eines festen Arbeitskreises (Fokusgruppe etc.) hilfreich, der als Adressat der Gesundheitsberichte über die entsprechenden Strategien für weitere Maßnahmen entscheidet. Zu diesem Zweck verfügt der Arbeitskreis i. d. R. über die entsprechenden Kompetenzen und Personen in entsprechenden Positionen, damit getroffene Entscheidungen über Interventionen und Umsetzungen auch durchgeführt werden können.

Um solche Entscheidungen zu treffen, ist die oben beschriebene Deskription von Schwachstellen hinsichtlich des Krankheitsgeschehens Voraussetzung. Für diese Transparenz sind jedoch bestimmte Informationen nötig, die durch den Gesundheitsbericht geliefert werden. Das theoretische Konzept der Gesundheitsberichte

sieht die Analyse von getrennten Datenpools vor, die jedoch zu einem späteren Zeitpunkt in Beziehung zueinander gesetzt werden (vgl. Braun et al., 1990, S. 20). Bei diesen Datenpools handelt es sich im Einzelnen um die Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) der gesetzlichen Krankenversicherer (GKV), Informationen aus den arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sowie Daten zu arbeitsplatzbezogenen Anforderungen.

Der Integrationsversuch der drei Datenpools zeigte jedoch, dass immanente Probleme und Grenzen hinsichtlich der Verfügbarkeit, Kompatibilität und Aussagekraft von einzelnen Datenkreisen bestehen. Zu diesem Thema gibt es eine Vielzahl von Studien und Artikeln, die jene Problematik umfangreich und kritisch betrachten (vgl. z. B. Braun et al., 1990; Ferber, 1990; Janßen, 1994). Deren umfangreiche Analyse trägt jedoch nicht zur unmittelbaren Beantwortung der aufgeworfenen Fragestellung bei. An dieser Stelle soll die Problematik bzw. sollen die Defizite der genutzten und nicht verwendeten Datenpools nicht näher vertieft werden. Das hier beschriebene Diagnostikverfahren der Gesundheitsberichte weist nur die auf einen einjährigen Auswertungszeitraum basierenden AU-Daten der GKV auf. Insgesamt müssen aber auch die AU-Daten mit einer gewissen Kritik hinsichtlich ihrer Validität betrachtet werden.

Dennoch bilden die erwähnten AU-Daten den „pragmatischsten“ Datenpool zur ersten Beurteilung des Krankheitsgeschehens in Organisationen. Durch Verknüpfung mit anderen statistischen Kennzahlen kann die Aussagekraft hinsichtlich Krankheitsschwerpunkten und Zielgruppen erhöht werden. Welche besonderen Schritte im Gesundheitsbericht dazu verwendet werden, soll im Folgenden erläutert werden.

Am Anfang der hier zu betrachtenden Gesundheitsberichte wird ein Überblick über die Beschäftigungsstruktur in den jeweiligen Unternehmen hinsichtlich Lohn- und Gehaltsempfänger, Alter, Geschlecht, Nationalität und Abteilungen vorgenommen. Die Verknüpfung mit den AU-Daten lassen erste Schlüsse über das Krankheitsgeschehen und dessen Schwerpunkte im Unternehmen zu. In einem zweiten Schritt werden die bedeutenden Krankheitsgruppen wie Muskel- und Skeletterkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Atemwegserkrankungen nach ihrer Häufigkeit (AU-Fälle) und ihrer Länge (AU-Tage) skizziert. Hierdurch werden erste allgemeine Krankheitsschwerpunkte aufgezeigt.

In einem weiteren Schritt werden die AU-Daten ins Verhältnis zu verschiedenen Vergleichsgruppen gesetzt, um bestimmte Auffälligkeiten zu erkennen. Bei einem

Vergleich mit „externen" Krankheitszahlen werden die AU-Tage und AU-Fälle eines Unternehmens mit kumulierten Daten aus der jeweiligen Branche sowie mit Bundesergebnissen verglichen. Der Vergleich der AU-Situation des Unternehmens mit den Krankheitsstatistiken der einzelnen Krankenkassen lässt erste Schlüsse zu, ob das Unternehmen sich in bestimmten Bundes- bzw. Branchendurchschnitten bewegt oder sich hier größere Abweichungen ergeben.

Bei der vergleichenden Betrachtung von immanenten Krankheitsarten (ICD-Haupt- und Obergruppen: Muskel/Skelett, Herz/Kreislauf etc.) werden schließlich im letzten Schritt auffällige Bereiche im Unternehmen aufgezeigt. Zur besseren Veranschaulichung wird mit einer standardisierten Morbiditätsrate und der Altersstandardisierung gearbeitet. Die standardisierte Morbiditätsrate ist hierbei der Quotient der jeweiligen Zahl für altersstandardisierte AU-Tage oder -Fälle eines bestimmten Unternehmensbereiches und des korrespondierenden Unternehmensgesamtwertes. Sind beide Werte gleich hoch, so ist der Wert der standardisierten Morbiditätsrate mit 1 definiert. Wenn dieser Wert z. B. größer als 1 ist, so ist das Krankheitsgeschehen in einem bestimmten Bereich oder einer bestimmten Kostenstelle gegenüber dem Unternehmensdurchschnitt höher. Bei einem Wert von bspw. 1,54 hinsichtlich der AU-Fälle, läge die entsprechende Abteilung 54 % über dem Unternehmensdurchschnitt.

In einem Gesundheitsbericht werden Auffälligkeiten im Krankheitsgeschehen eines Unternehmens durch schrittweise durchgeführte statistisch quantitative Vergleiche ermittelt. Hierdurch werden letztlich Bereiche mit einer überdurchschnittlichen (sowohl zum Unternehmen, aber auch zur Branche) AU-Rate identifiziert, die dann der gesonderten Aufmerksamkeit bedürfen. Die wichtigsten Ergebnisse für die betrieblichen Entscheidungsträger und die hieraus resultierende spätere Intervention sind:

- externer und interner Vergleich der Arbeitsunfähigkeitsdaten
- Krankheitsgeschehen in den untersuchten Unternehmensbereichen
- Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage für bestimmte Krankheitsgeschehen

Trotz aller Defizite hinsichtlich der Datenmenge und ihrer Aussagekraft lassen die erhobenen Daten sowohl für die betrieblichen Entscheidungsträger als auch für die Beteiligten im nachfolgenden Gesundheitszirkel gewisse Entscheidungen zu. Mithilfe dieser Variablen lassen sich zwar Unternehmensbereiche und Krankheitsschwerpunkte ermitteln, die – gemessen am Indikator Arbeitsunfähigkeit – der besonderen

Aufmerksamkeit bedürfen, jedoch sind diese Ergebnisse rein deskriptiv. Der Gesundheitsbericht ist aufgrund der Daten weder in der Lage Kausalitäten zwischen dem Krankheitsgeschehen und konkreten Arbeitssituationen aufzuzeichnen, noch kann er die konkrete Umsetzung von betrieblicher Gesundheitspolitik vornehmen. Die Umsetzung bzw. Entscheidung über Interventionen sollten ein entscheidungsbefugter und interdisziplinär besetzter Arbeitskreis sowie der Gesundheitszirkel vornehmen. Für den Kausalitätsnachweis ist jedoch eine zusätzliche Konkretisierung der täglich belastenden Arbeitsbedingungen unerlässlich.

Im folgenden Kapitel soll daher das Instrument der Mitarbeiterbefragung genauer beschrieben werden, das das Erfahrungswissen der Beschäftigten um Arbeitssituationen und Belastungen nutzt.

4.3 Mitarbeiterbefragung

Aus den oben beschriebenen Ergebnissen des Gesundheitsberichts lassen sich weder konkrete Handlungsanleitungen ableiten noch werden Kausalitäten hinsichtlich der Entstehung von Krankheitsfällen aufgezeigt. Die Daten bieten lediglich erste Hinweise auf ein herausragendes Krankheitsspektrum in bestimmten Bereichen, die jedoch der Ergänzung durch die „Beanspruchungsseite" bedürfen. Hierdurch wird das Abstraktionsniveau der Gesundheitsberichtergebnisse durch Informationen über konkrete Situationen in bestimmten Bereichen ergänzt und bietet durch diese Spezifizierung erste Handlungsoptionen. Darüber hinaus kann nur vor Ort die Wirkungskette von Belastungen und Erkrankungen, die selten monokausal ist, geklärt werden.

Erst in konkreten Arbeitsbereichen können psychosoziale Belastungen (z. B. Ärger mit Vorgesetzten) als Ursache für Erkrankungen, die im Gesundheitsbericht nicht explizit berücksichtigt sind, erkannt werden. Diese Situationen sind jedoch ausschließlich an die subjektive Wahrnehmung der Beschäftigten in den betreffenden Bereichen geknüpft. Die Konkretisierung der täglichen Arbeitsbedingungen in problembehafteten Bereichen, die zu gesundheitlichen Belastungen führen, ist daher für die Effektivität der Gesundheitsförderung unerlässlich.

Mithilfe eines standardisierten Fragebogens werden daher Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden aus der Sicht der Beschäftigten ermittelt. Die hier erhobenen Ergebnisse geben ergänzend zum Gesundheitsbericht Auskunft über den

möglichen Zusammenhang von Arbeitssituationen und Krankheitsgeschehen in bestimmten Unternehmensbereichen.

Die Mitarbeiterbefragung ist ein quantitativ-subjektives Verfahren. Die Ergebnisse werden aus den subjektiven Gesundheitseinschätzungen der Beschäftigten generiert, d. h. dass sich die genutzte quantitative Methode der phänomenologisch geprägten Analyse bedient, die die Erkenntnisse liefert, wie die Beschäftigten ihre Arbeitssituation selbst sehen und erleben, und somit letztlich die Wahrnehmung und Erfahrung der Beschäftigten vor Ort nutzt. Hierbei wird das dem einzelnen Bewusste, also die eigene Sicht der Arbeitssituation, in der Befragung aufgedeckt und rekonstruiert. Idealtypisch bedeutet dies, dass der Beschäftigte gesundheitliche Beschwerden, die zeitlich eng mit Arbeitsbelastungen zusammenhängen, diesen Belastungen zuordnen kann. Die Betroffenen werden so zu Experten hinsichtlich ihrer Arbeitsplatzsituation und der damit möglicherweise verbundenen Belastungs-/ Beanspruchungssituation.

Die subjektiv wahrgenommenen Belastungen und Beanspruchungen bilden somit in der Mitarbeiterbefragung eine maßgebliche Variable. Über die Situationswahrnehmung und die subjektive Situationsbeschreibung der Beschäftigten werden Außenstehenden (damit sind auch nicht direkt betroffene betriebliche Experten gemeint) die Kausalitäten zwischen Arbeitssituationen und gesundheitlichen Belastungen mitgeteilt. Die Beanspruchung der Beschäftigten leitet sich entscheidend aus dieser subjektiven Wahrnehmung ab. Als Beanspruchung werden hier „die durch Belastungen im Arbeitenden kurzfristig ausgelösten physischen und psychischen Veränderungen bzw. die Ausschöpfung der Leistungsfähigkeit" verstanden, demnach auch die gesundheitlichen Beschwerden (Sochert/Zängl, 1994, S. 18). Diese Belastungen bzw. Beanspruchungen können als Indikatoren für mögliche Arbeitsunfähigkeit aufgefasst werden, auch wenn sie noch keine Krankheitsbilder im streng medizinischen Sinne darstellen (vgl. Sochert/Zängl, 1994, S. 18).

Neben *allgemeinen Angaben* wie Tätigkeitsbereich, Geschlecht, Alter und Dauer der Organisationszugehörigkeit werden auch Angaben über Arbeitszeit und z. T. auch Nationalität[12] abgefragt. Die Art der *abgefragten Belastungen* und die Anzahl der Items sind organisations- bzw. produktionsspezifisch zusammengestellt, sollten

12 Die Angabe der Nationalität kann z. B. wichtig sein, um Korrelationen bei Gesundheits- oder Belastungsschwerpunkten aufzudecken und somit kulturspezifische Maßnahmen und Instrumente zu entwickeln.

jedoch immer die Grundkategorien „körperliche Belastungen" (z. B. durch schweres Heben und Tragen), „Umgebungsbelastungen" (z. B. durch Zugluft, Kälte/Wärme) sowie „psychische Belastungen" (z. B. durch Arbeitszeiten, Akkord) umfassen. Die Beschäftigten können hierbei z. B. die erlebte Belastung durch die Anforderungen in einer Skala mit vier Antwortmöglichkeiten (trifft überhaupt nicht zu, trifft eher nicht zu, trifft eher zu, trifft völlig zu) einordnen.

Die einzelnen Items der Kategorie „gesundheitliche Beschwerden" können Beschwerdearten umfassen, die sich an die ICD-Hauptgruppen anlehnen und somit Beschwerden z. B. im Muskel-/Skelettbereich (Nacken-, Schulter- sowie Kreuzschmerz usw.) oder im Herz-Kreislauf-Bereich (Herzklopfen etc.) abfragen. Auch hier werden den Beschäftigten vier Antwortmöglichkeiten vorgegeben.

Wie bereits angedeutet, stehen die Arbeitsbelastungen und die gesundheitlichen Beschwerden in der Befragung in einem engen Zusammenhang, da die Mitarbeiter durch ihre Wahrnehmung und Zuordnung von körperlichen Symptomen einen Kausalitätsnachweis zwischen Arbeitsplatz/-situation, Belastungen und wahrgenommenen gesundheitlichen Beschwerden vornehmen. Hierbei stellt sich die Frage, ob diese Stringenz innerhalb des Instruments durch die vorhandenen Befragungsergebnisse gestützt wird. Werden z. B. in der Kategorie „Belastungen" hohe Ratings beim Item „schweres Heben und Tragen" erzielt, so scheint es naheliegend, dass ebenfalls hohe Ratingergebnisse in der Kategorie „gesundheitliche Belastungen" bei den Items „Nacken-, Schulter- sowie Kreuzschmerz" zu erwarten sind.

Für den externen Zusammenhang mit den Ergebnissen des Gesundheitsberichts bedeutet dies, dass gerade die Kategorie „gesundheitliche Belastungen" aus der Mitarbeiterbefragung eine starke Affinität zu den AU-Daten (Krankheitsgeschehen und -dauer) in den einzelnen Bereichen aufweisen sollte. Wie beim internen Zusammenhang in der Mitarbeiterbefragung sollten bestimmte, im Gesundheitszirkel aufgedeckte Krankheitsschwerpunkte in einer zur Intervention bestimmten Abteilung durch die Kategorie „gesundheitliche Beschwerden" gestützt werden. Wird die Abteilung X im Gesundheitsbericht durch eine hohe Anzahl von AU-Fällen aufgrund von Muskel-/Skeletterkrankungen auffällig, so ist zu erwarten, dass Mitarbeiter in der Befragung ihre Schwerpunkte bei Beschwerden im Rücken-, Bein- oder Armbereich angeben.

Insgesamt muss hier auf eine generelle Unsicherheit der einzelnen Belastungssituationen und Beschwerden hingewiesen werden. So können Rückenschmerzen ein

Indiz für zu schwere körperliche Arbeit sein, aber genauso können Stresssituationen für bestimmte Verspannungszustände im Rückenbereich verantwortlich gemacht werden (vgl. Osterholz, 1993). Umgekehrt müssen Herz-Kreislauf-Beschwerden nicht zwangsläufig durch Stress allein verursacht werden, sondern können auch das Ergebnis von Umgebungseinflüssen, wie etwa bestimmten chemischen Noxen[13], sein (vgl. Maschewsky, 1991). Dementsprechend gibt es keine standardisierten Zusammenhänge, sondern die jeweiligen möglichen Verbindungen müssen von Einzelfall zu Einzelfall untersucht und entsprechend interpretiert werden.

Festzuhalten ist, dass dieser Zusammenhang bzw. die Kausalität nur über die Ergebnisse aller Instrumente bzw. Phasen des BGM festgestellt werden kann. Die subjektive Bewertung der Beschäftigten ergänzt zwar den abstrakten Gesundheitsbericht um erste Kausaltendenzen, aber erst die gemeinsame Diskussion mit Fachleuten (z. B. Betriebsarzt und Sicherheitsfachkraft) in den Gesundheitszirkelsitzungen (vgl. Kap. 4.5) stellt die einzelnen Ergebnisse auf eine fundierte Basis.

4.4 Gefährdungsbeurteilung

Die Gefährdungsbeurteilung ist ein *qualitativ-objektives Verfahren*, das seine Diagnosen in neutraler Form sowie nach einem vorgegebenen Beurteilungs- und Bewertungsschema trifft. Hauptziel einer Gefährdungsbeurteilung ist es, eine praktikable, möglichst vollständige und dem Arbeitsalltag gerecht werdende Arbeitserfassung zu entwickeln. Darin sollen die Gefährdungen bei der Arbeit in dem jeweiligen Setting zusammen mit Experten der Unfallversicherungsträger, den Führungskräften des Unternehmens und den Beschäftigten gemeinsam aufgenommen und geeignete Verhütungsmaßnahmen entwickelt werden. Nach Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) § 5 und der Berufsgenossenschaftlichen Vorschrift BGV A1

> „müssen alle Arbeitgeber – unabhängig von der Anzahl ihrer Mitarbeiter – eine Gefährdungsbeurteilung in ihrem Unternehmen durchführen. Sie sind verpflichtet, Gefährdungen am Arbeitsplatz zu ermitteln und zu beurteilen, Arbeitsschutzmaßnahmen eigenverantwortlich festzulegen und ihre Wirksamkeit zu überprüfen" (Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, 2014).

13 Noxen sind chemische Substanzen oder sonstige physikalische Einwirkungen, die einen schädigenden Einfluss auf einen Organismus haben.

Zunächst erscheint der Begriff „Gefährdung“ abstrakt und z. T. auch bedrohlich. Die Definition im ISO/IEC Guide 51 fasst die Gefährdung als „eine potenzielle Schadensquelle“ auf. Wenn man von Gefährdung spricht, bedeutet dies nicht, dass es automatisch auch zu einem Schaden kommen muss. Es besteht also zunächst lediglich die Möglichkeit. Gleichwohl müssen die potenziell gefährdenden Möglichkeiten frühzeitig erkannt und durch Maßnahmen vermieden bzw. minimiert werden.

Nach dem Arbeitsschutzgesetz kann sich

> „eine Gefährdung (...) insbesondere ergeben durch
>
> - die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
> - physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
> - die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen,
> - Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
> - die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
> - unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten,
> - psychische Belastungen bei der Arbeit.“
>
> (§ 5 Abs. 3 ArbSchG)

Eine wichtige angesprochene Gruppe von Gefährdungen und seit Oktober 2013 im Arbeitsschutzgesetz aufgenommen stellen die psychischen Belastungen dar. Unter psychischer Belastung versteht man grundsätzlich die Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und psychisch auf ihn einwirken. Diese Einflüsse aus der Arbeit können z. B. Arbeitsaufgaben, soziale Arbeitsumgebung (Umgang mit Kollegen) oder Arbeitsorganisation/Arbeitsablauf sein. Je nachdem wie gut oder verbesserungsfähig diese Einflüsse gestaltet oder wahrgenommen werden, ergeben sich daraus die psychischen Beanspruchungen. Nach der DIN ISO 10075-1 sind psychische Beanspruchungen die unmittelbare Auswirkung der psychischen Belastung im Individuum in Abhängigkeit von seinen jeweiligen überdauernden und augenblicklichen Voraussetzungen, einschließlich der individuellen Bewältigungsstrategien (vgl. Joiko et al., 2010).

Mit einem gezielten Blick auf potenzielle Belastungsquellen lassen sich viele Gefährdungen durch eine Gefährdungsbeurteilung intern, ohne großen wirtschaftlichen Aufwand bereits minimieren. Ziel ist es, einen wirksamen betrieblichen Arbeitsschutz

herzustellen, Unfälle zu verhüten und die Arbeitsbedingungen menschengerechter zu gestalten. Dafür werden die Gefährdungen ermittelt und bewertet, um anschließend Maßnahmen ableiten zu können. Um eine kontinuierlich gute Sicherheitsarbeit zu leisten, ist es zudem erforderlich, die Wirksamkeit der Maßnahmen in regelmäßigen Abständen zu überprüfen. Die Gefährdungen lassen sich technisch, organisationsbezogen und personenbezogen eliminieren bzw. minimieren. Hierfür ist es allerdings hilfreich, dass für die Gefährdungsbeurteilung verantwortliche Führungskräfte und die Mitarbeiter in einem ständigen Austausch stehen, in dem beide gleichermaßen daran interessiert sind, die Arbeitsbedingungen und somit auf längere Sicht auch die Zukunft der Arbeit zu verbessern.

Im Idealfall kann die Gefährdungsbeurteilung ein partizipativ-analytisches Instrument darstellen, das durch Arbeitsschutzexperten zusammen mit den Beschäftigten am jeweiligen Arbeitsplatz erstellt wird. Neben der Analyse potenzieller Gefährdungen aus Sicht von Experten und Beschäftigten vor Ort können darin auch erste Maßnahmenvorschläge zusammen mit den betroffenen Mitarbeitern erarbeitet werden. Die Umsetzung finanziell und organisatorisch aufwendigerer Maßnahmenvorschläge insbesondere hinsichtlich organisatorischer und technischen Veränderungen bedarf der Diskussion im Arbeitsschutzausschuss und der Geschäftsführung.

Diese Form der partizipativen und moderierten Gefährdungsbeurteilung bedarf einiger Voraussetzungen. Zum einen müssen überhaupt Gefährdungsbeurteilungen jenseits bloßer Dokumentationspflichten als Instrument für die spätere Planung durchgeführt werden und zum anderen sollte dies auch durch den aktiven Einbezug der Beschäftigten als nachhaltige und breit akzeptierte Strategie im Unternehmen gewollt sein.

Diese partizipative Strategie mit Beschäftigten eignet sich auch für gruppenorientierte Vorgehensweisen, die das Wissen der Betroffenen einbeziehen. Hierfür können sich u. a. auch Zirkelkonzepte eignen, die im Folgenden beschrieben werden.

4.5 Gesundheitszirkel

Der Gesundheitszirkel ist ein *qualitativ-subjektives Diagnoseverfahren*. Betriebliche Arbeitsgruppen (Kleingruppen) treffen sich über einen begrenzten Zeitraum (oder als dauerhafte Institution im Unternehmen) zu regelmäßigen, moderierten Treffen. Ziel dieser Treffen ist das Verstehen von Hintergründen und Zusammenhängen zum

betrieblichen Gesundheitsgeschehen aus Sicht der Beschäftigten. Betriebliche Gesundheitszirkel ergänzen und unterstützen bereits vorhandene Strukturen/Maßnahmen der Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung.

Das Besondere an Gesundheitszirkeln ist, dass die Beschäftigten als „Experten“ für ihre eigene Gesundheitssituation am Arbeitsplatz angesehen werden.

> „Ihre Teilnahme erhöht die Chance auf eine adäquate Problemdiagnose, die Entwicklung von geeigneten und wirksamen Maßnahmen und nicht zuletzt die Akzeptanz dieser Maßnahmen.“ (Gündel et al., 2014, S. 193)

Die Beschäftigten decken gemeinsam Gesundheitsrisiken in der Arbeit auf, hinterfragen deren Ursachen und entwickeln Veränderungsvorschläge zum Abbau von Arbeitsbelastungen (Beteiligungsansatz).

Ende der 1980er-Jahre entwickelten sich zwei verschiedene Gesundheitszirkelkonzepte: Das Düsseldorfer und das Berliner Modell (vgl. Schröer/Sochert, 1997).

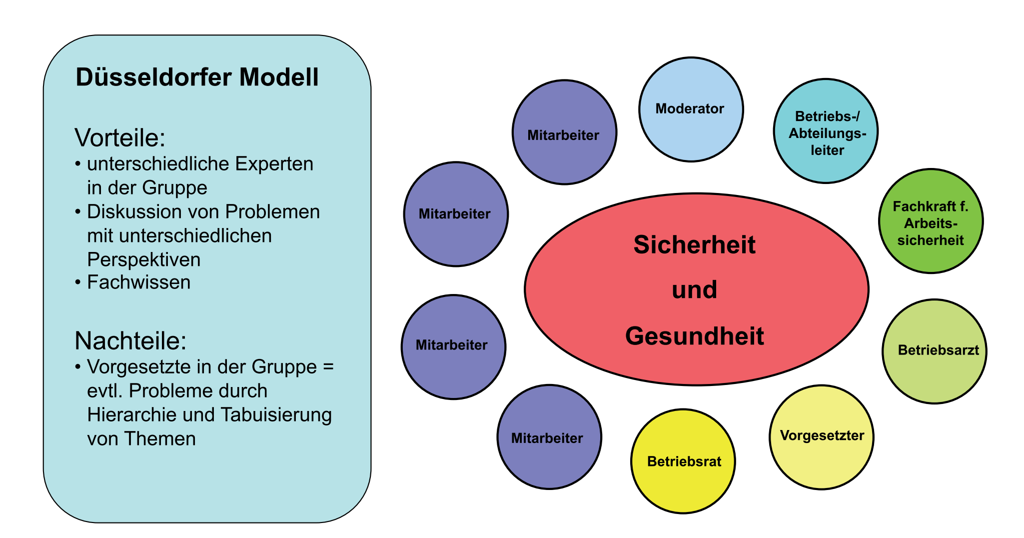


Abb. 4.3: Das Düsseldorfer Zirkelmodell (vgl. Schröer/Sochert, 1997)

Beim Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Modell (vgl. Abb. 4.3) nehmen unterschiedliche Experten an den Sitzungen teil. Neben den Beschäftigten sind auch Vorgesetzte sowie z. B. die Fachkraft für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt und/oder der Betriebsrat beteiligt. Das hat den Vorteil, dass Probleme aus unterschiedlichen Perspektiven betrachtet und das Fachwissen der Experten bei der Diskussion

genutzt werden kann. Nachteilig an diesem Modell ist, dass durch Vorgesetzte in der Gruppe eventuell Probleme aufgrund der Hierarchie entstehen können, sodass bestimmte Themen von den Beteiligten nicht angesprochen werden (vgl. Slesina et al., 1998).

Das Berliner Modell (vgl. Abb. 4.4) zeichnet sich dadurch aus, dass keine Vorgesetzten am Gesundheitszirkel teilnehmen. Die Beschäftigten können so Probleme am Arbeitsplatz benennen, ohne Angst vor Sanktionen haben zu müssen. Nachteilig ist, dass eventuell Fachwissen fehlen könnte, wenn keine Experten am Gesundheitszirkel teilnehmen. Auch könnte die Sichtweise auf Probleme eingeschränkt sein.

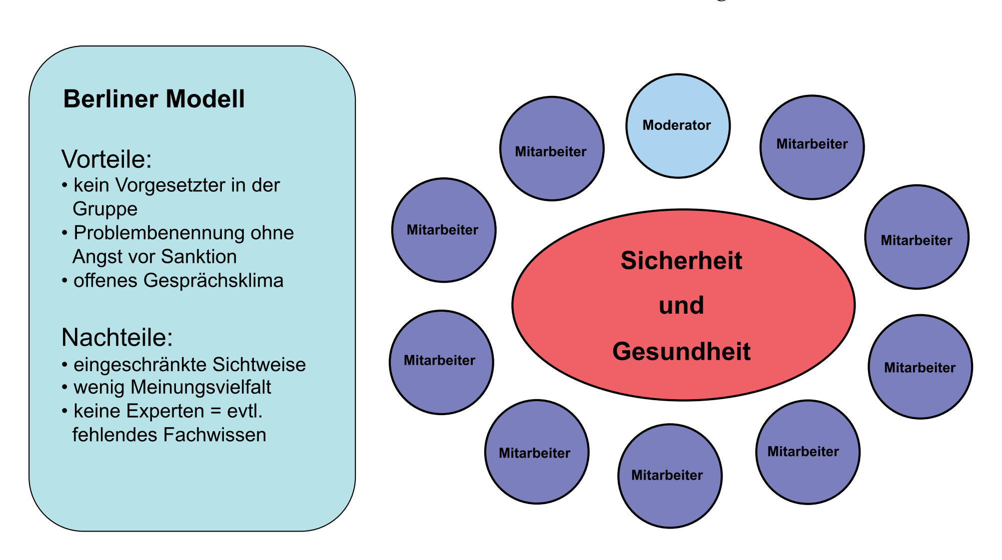


Abb. 4.4: Das Berliner Zirkelmodell (vgl. Schröer/Sochert, 1997)

War der Gesundheitszirkel nach dem Berliner Modell zunächst nur auf das Thema Stress ausgerichtet, während das Düsseldorfer Modell sich in erster Linie um die Prävention chronischer, arbeitsbedingter Erkrankungen kümmerte (vgl. Slesina et al., 1998; Schröer/Sochert, 1997), so haben sich die Ziele beider Gesundheitszirkel mittlerweile deutlich angenähert: Es geht zumeist darum, die Arbeitsanforderungen zu identifizieren, die als gesundheitlich beeinträchtigend betrachtet werden, und Lösungsvorschläge zur Bewältigung gemeinsam zu entwickeln. Hierbei kann im Rahmen von Gesundheitszirkeln auf die Ergebnisse von Gesundheitsberichten, Mitarbei-

terbefragungen, aber auch Themen aus der Gefährdungsbeurteilung zurückgegriffen werden, um diese vertiefend zu behandeln.

Typischerweise werden im Rahmen von Gesundheitszirkeln die folgenden Themen bearbeitet (vgl. Ulich/Wülser, 2010, S. 155):

- Belastungen aus der Arbeitsumgebung (z. B. Lärm, Temperatur, Lichtverhältnisse, Zugluft)
- Körperliche Belastungen (z. B. schweres Heben und Tragen, einseitige Belastungen)
- Belastungen durch die Arbeitsbedingungen (z. B. Zeitdruck, Stress) und protektive Arbeitsbedingungen (Möglichkeiten der Weiterbildung, Mitsprachemöglichkeiten, Entscheidungsspielräume)
- Belastungen (z. B. qualitative und quantitative Über-/Unterforderung) und Ressourcen (z. B. Handlungsspielräume) aus der Tätigkeit selbst
- soziale Belastungen (z. B. Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen) und Ressourcen (z. B. Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte)
- Verbesserungsvorschläge zur Belastungsreduktion und zum Aufbau von Ressourcen

Wir können festhalten: Gesundheitszirkel sind zunächst einmal Instrumente zur Förderung und Sicherung der Partizipation der Beschäftigten. Bei der Evaluation von Gesundheitszirkeln fehlt es jedoch bislang noch an umfassenden und aussagekräftigen Ergebnissen. Aust und Ducki (2004) konnten in einer Metaanalyse eine durchweg hohe Zufriedenheit der Teilnehmer hinsichtlich der Zusammensetzung der Zirkel, der Themen und gefundenen Lösungen feststellen.

> „Aust und Ducki berichten über Stressverringerung aufgrund einer verbesserten Arbeitsorganisation, über reduzierte physische Belastungen durch eine bessere Ausstattung mit Arbeitsmitteln oder durch technische und ergonomische Verbesserungen." (Badura et al., 2010, S. 251)

4.6 Diskussion und Fazit

Die anfänglich gestellte Frage, ob Erkennen wichtiger als Handeln ist, kann in dieser abstrakten bzw. unspezifischen Weise bezogen auf das Thema betriebliches Gesundheitsmanagement mit einem „Ja" unter Vorbehalt beantwortet werden.

Die wissenschaftlich fundierte und valide Analyse bedarf dafür nämlich gewisser Grundvoraussetzungen. Zunächst genügen die Diagnostik im BGM sowie deren analytische Strategien keinem Selbstzweck. Der Einsatz der oben ausgewählten Instrumente sowie der vielfältigen weiteren Analysestrategien sollte mit dem Ziel verbunden sein, Handlungs- und Problemfelder zu entdecken und auch die Grundlagen für eine effiziente Ziel- und Prioritätensetzung zu liefern. In den Gesundheitswissenschaften bezieht sich dabei der Begriff „Diagnose" auf die wissenschaftliche Erfassung eines Ist-Zustands. Diagnostiziert werden dabei i. d. R. Gesundheitstrends und die diesen zugrunde liegenden Ursachen bzw. Triebkräfte. Die Diagnose stellt somit eine entscheidungsorientierte Beobachtung und Bewertung gesundheitlicher Bedürfnisse und der darauf zielenden Leistungen im betrieblichen Gesundheitsmanagement dar (vgl. Badura et al., 1999, S. 83). Dieser erste Prozessschritt im BGM kann, wenn er methodisch breit angelegt ist, den Unterschied vom „bloßem Gesundheitsaktivismus mit der Gießkanne" zum nachhaltigen BGM ausmachen.

Es geht also neben dem „*Wie viel*" auch um das „*Wo*" und „*Warum*". Vor diesem Hintergrund stößt z. B. der Gesundheitsbericht mit seinen „objektiven" AU-Daten der Krankenkassen hinsichtlich der Validität an seine Grenzen. So besteht zum einen der Verdacht, dass ärztliche AU-Diagnosen nicht nur die Krankheit der Beschäftigten darstellen, sondern auch das Abrechnungsverhalten von einigen Ärzten widerspiegeln können. Zum anderen lassen die Verwaltungsverfahren der Krankenkassen Zweifel an der absoluten Aussagekraft der AU-Daten. Letztlich handelt es sich bei unklaren Beschwerden von Beschäftigten häufig um Verdachtsdiagnosen, die von Verwaltungsangestellten der Kassen als dreistellige ICD-Codes eingegeben werden. In der Regel sind die Mitarbeiter medizinische Laien, sodass die Verschlüsselung der Befunde nicht immer sehr genau ist. Grundsätzlich stellen die AU-Daten der Krankenversicherer lediglich prozessproduzierte Verwaltungs- und Abrechnungsdaten dar, die nicht zum Zweck eines betrieblichen Gesundheitsberichts erhoben werden. Problematisch bei den Kassendaten ist zudem, dass sie nur dann Beschwerden und Belastungen erfassen, wenn diese auch zu Arbeitsunfähigkeit führen. Mitarbeiter, die mit Beschwerden weiterarbeiten oder die Karenztage nutzen, kommen in den AU-Daten der Kassen nicht vor (vgl. Ritter, 2003).

Hier bietet sich ein Methodenmix an, der neben der Anzahl auch nach den Gründen, also der Kausalität von erkrankten Beschäftigten, fragt und dies auch „unter dem Radar" der AU-Daten der Kassen direkt im jeweiligen Setting durchführt. Die

oben beschriebenen partizipativen Strategien Mitarbeiterbefragung und Gesundheitszirkel verbinden „objektive“ Krankenstandsdaten mit nicht erfassten Belastungen und deren möglichen Erklärungen im organisationalen Kontext.

Die hier ausschnittweise dargestellten Analyseinstrumente machen deutlich, dass es eine Vielzahl valider und profunder Analysemethoden für jeden Bedarf gibt und nicht nur die eine perfekte Methode. Neben den methodischen Analyseebenen und zu erwartenden Antworten auf die Fragen „wie viel, wer, was und warum“ sollten die angewendeten Strategien und Instrumente auch auf Bedarf, Größe und Möglichkeiten in den Betrieben abgestimmt sein. Insbesondere Kleinst-, Klein- und Mittelbetriebe haben für die Durchführung und Auswertung nur begrenzte Ressourcen zur Verfügung. Zudem lässt der Datenschutz, also mögliche Rückschlüsse auf Individuen, auch nur auf kleine Gruppen bezogene anonymisierbare Erhebungsmethoden zu. So sind Gesundheitsberichte für Befragungsgrößen von weniger als 50 Beschäftigten ungeeignet, da sie von der Ergebnisgenauigkeit so wenig aussagekräftig gestaltet werden müssten, dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen möglich sind bzw. wichtige Aussagen für die Bedarfe von Instrumenten und Zielgruppen unscharf bleiben. Hier eignen sich eher quantitativ-subjektive Verfahren wie die Mitarbeiterbefragung, die von außen (Krankenkassen, Unfallversicherungen, Wissenschaft) erarbeitet, durchgeführt und anonym ausgewertet wird, sodass im Betrieb keine Einzelrückschlüsse möglich sind. Aber auch qualitativ-subjektive Analysen z. B. über Gesundheitszirkel (oder Workshops, Teambesprechung) können neutral moderiert bzw. in einer als allseits vertrauensvoll akzeptierten direkten Gruppenform ergebnis- und lösungsorientiert durchgeführt werden.

Wie oben bereits skizziert, sind Informationen und Wissen aus den Analyseinstrumenten auch ein erster bzw. wichtiger Schritt im BGM, da diese Daten für inner- und überbetriebliche Lern- und Austauschprozesse insbesondere bei sonst wenig thematisierten und konfliktbehafteten Wirkungszusammenhänge von Fehlzeiten und Organisationsumständen genutzt werden können. Die Ergebnisse stellen zunächst lediglich einen Sachverhalt dar, der ohne Schuldzuweisungen in dafür zuständigen Gremien wie dem Arbeitskreis Gesundheit oder dem Arbeitsschutzausschuss diskutiert werden kann. Dies stellt einen wichtigen Lernschritt in einer Organisation dar. In einer Organisation lernen zunächst die einzelnen Individuen. Die individuelle Wissensbasis, die durch wechselseitige Abstimmungsprozesse zwischen den Individuen implizites Wissen aus den Erfahrungen einzelner Personen bildet, ist dabei die

Ausgangsvoraussetzung für den Aufbau einer Organisationswissensbasis und die Möglichkeit, aus ihr erneut zu lernen. Soll die Leistungsfähigkeit bzw. das Lernvermögen in Organisationen gesteigert werden, so ist die Transformation von implizitem Wissen zu explizitem Wissen (also allgemeines nachvollziehbares Wissen) eine wichtige Grundlage. Bei der Interdependenz zwischen implizitem und explizitem Lernen spielen Gruppen (z. B. Teambesprechungen oder auch Gesundheitszirkel) eine bedeutende Rolle, da sie als Lerneinheit in Organisationen wichtige Entscheidungen planen und treffen sowie individuelle Entscheidungen umsetzen. Erst ein Systemdenken, das als konzeptuelles Rahmenwerk in der Kommunikation von Individuen einen „roten Faden" hinsichtlich gemeinsamer Muster und Strukturen bildet und von individuellen Personen losgelöst ist, schafft die Einbindung individueller in organisationale Lernprozesse. Die dabei mögliche Veränderung der organisationalen Wissensbasis kann zu einer Systemanpassung bzw. zu erhöhter Problemlösungsfähigkeit beitragen (vgl. Ritter, 2003).

Die oben dargestellten Punkte verdeutlichen, dass Erkennen die *Voraussetzung* für planvolles, bedarfsgerechtes und soziales wie ökonomisches Handeln ist. Die Diagnostik stellt somit einen wichtigen ersten Schritt im Lernzyklus eines wirkungsvollen BGM dar. Gleichwohl sollten aus diesen Erkenntnissen auch entsprechende Maßnahmen für die Gesundheit, Zufriedenheit und Motivation der Beschäftigten erfolgen, um ein systemisches und erfolgversprechendes BGM zu etablieren bzw. fortzuführen.

Die Entscheidung über die Akzeptanz und Nutzung eines solchen „Diagnose- und Lernsystems" wird von den Anwendern getroffen. Der Ansatz sollte – letztlich auch im Sinne des Lernens – so flexibel sein, um die oben beschriebenen Anforderungen einzubeziehen. Erst zukünftige Implementationsuntersuchungen werden aufzeigen können, ob und wie organisationales Lernen im BGM von der betrieblichen Praxis angenommen wird. Aus Sicht der Autoren wird die Akzeptanz des komplexen Organisationslernens dabei in erster Linie nicht von – wie auch immer gestalteten und eingängigen – Vorgaben allein abhängen. Hier kann auf Friedbergs (1995) Kritik an „klassischen Organisationsmodellen" verwiesen werden, die Akteuren in Organisationen individuelle, z. T. auch irrationale Strategien mit erheblichen Konfliktpotenzialen unterstellt. Mögliche interne und notwendige Lernprozesse mit entsprechender Diagnose können hier beispielsweise durch externe Rahmenbedingungen (z. B. wirtschaftliche Krisen) scheitern, seien sie durch interne Leitbilder oder

Strategievorgaben in der Organisation auch noch so nachhaltig vorgegeben. Hierauf werden auch verbesserte Verfahrensvorschläge nur schwerlich Einfluss haben. Im Falle des Handlungsfeldes BGM kann es durchaus Sinn machen, Strategien sowie Vorgehensweisen (auch im Lernen) flexibel zu halten, diese ggf. in der Organisation zu verbessern und das Konzept einer „lernenden Organisation", in eine gesundheitliche Theorie der Unternehmung einzubeziehen, die Erkennen, Handeln und Lernen als endogenen Bestandteil betrieblichen Alltagshandelns integriert.

Literatur

Aust, B./Ducki, A. (2004). *Beyond individual behavior change toward workplace intervention. Experiences from Germany*. Journal of Occupational Health Psychology, 9 (3), S. 258–270.

Badura, B./Hehlmann, T./Walter, U. (Hrsg.) (2010). *Betriebliche Gesundheitspolitik*. 2. Auflage, Springer: Berlin.

Badura, B./Ritter, W./Scherf, M. (1999). *Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis*. Forschung aus der Hans Böckler Stiftung, Band 17. Berlin: Edition Sigma.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2014). *Gefährdungsbeurteilung mit System*. https://www.bgw-online.de/DE/Arbeitssicherheit-Gesundheitsschutz/Gefaehrdungsbeurteilung/Gefaehrdungsbeurteilung_node.html (19.05.2015).

Braun, B. et al. (1990). *Krankenkassen- und Betriebsmedizindaten – ihre Verwendung für die Gesundheitsvorsorge und den betrieblichen Gesundheitsschutz*. 2. Zwischenbericht. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Ferber, C. von (1994). *Gesundheitsförderung durch Krankenkassen*. Die Betriebskrankenkassen, (1), S. 22–27.

Friedberg, E. (1995). *Ordnung und Macht. Dynamiken organisierten Handelns*. Frankfurt a. M./New York: Campus.

Gläser, J./Laudel, G. (2006). *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse*. 2. Auflage, Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Gündel, H./Glaser, J./Angerer, P. (2014). *Arbeiten und gesund bleiben*. K. o. durch den Job oder fit im Beruf. Berlin/Heidelberg: Springer Spektrum.

Janßen, H. (1994). *Quantitative und qualitative Methoden im betrieblichen Gesundheitsbericht*. Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, (6), S. 56–63.

Joiko, K./Schmauder, M./Wolff, G. (2010). *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (baua).

Konrad, K. (2010). *Lautes Denken*. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 476–490.

Maschewsky, W. (1991). *Herzkreislaufschäden durch Arbeitsstoffe*. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P91–204, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.

Osterholz, U. (1993). *Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems „Rückenschmerz"*. Paper der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, P93–204, Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung.

Przyborski, A./Slunecko, T. (2010). *Dokumentarische Methode*. In: Mey, G.; Mruck, K. (Hrsg.): Handbuch qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 627–642.

Ritter, W. (2003). *Betriebliches Gesundheitsmanagement „erlernen" durch Leitfäden? Organisationstheoretische und betriebspraktische Anforderungsdimensionen an Verfahrenswege im betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Schriftenreihe Gesundheit Arbeit Medizin, Band 30. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Slesina, W. (1994). *Gesundheitszirkel: Der „Düsseldorfer Ansatz"*. In: Westermayer, G.; Bähr, B. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen/Stuttgart: Verlag für angewandte Psychologie, S. 25–34.

Schröer, A. (1992). *Können GKV-Daten die betriebliche Gesundheitsförderung voranbringen? Ergebnisse eines wissenschaftlichen Modellversuchs des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen*. Die Betriebskrankenkassen, (3–4), S. 194–199.

Schröer, A. (1991). *Betriebliche Gesundheitsberichterstattung – Erfahrungen aus der Praxis*. In: Schröer, A.; Sochert, R.; Stuppardt, R. (Hrsg.): Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel. Dokumentation und Ergebnisse eines Symposiums vom 08.11.1990, veranstaltet vom BKK-Bundesverband, S. 15–23.

Schröer, A./Sochert, R. (1997). *Gesundheitszirkel im Betrieb. Modell und praktische Durchführung.* Wiesbaden: Universum.

Slesina, W./Beuels, F.-R./Sochert, R. (1998). *Betriebliche Gesundheitsförderung. Entwicklung und Evaluation von Gesundheitszirkeln zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen*. Weinheim/München: Juventa.

Sochert, R./Zängel, P. (1994). *Evaluation von Gesundheitsberichten und Gesundheitszirkeln*. 1. Zwischenbericht 1993/94. Essen: Bundesverband der Betriebskrankenkassen.

Ulich, E./Wülser, M. (2010). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 4. Auflage, Wiesbaden: Gabler.

Walter, U. (2010). *Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.* In: Badura, B.; Walter, U.; Hehlmann, T. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Auflage, Heidelberg: Springer, S. 147–161.

5 Arbeit und Privatleben in Balance? Umsetzung von BGF in kleinen und mittleren Betrieben aus der Sicht von Beschäftigten in NRW

KAI SEILER, CHRISTIN POLZER

Zwei Drittel der sozialversicherungspflichtig Beschäftigten in Nordrhein-Westfalen arbeiten in kleinen und mittelständischen Unternehmen (KMU) (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2013). Damit stellen KMU einen bedeutenden Faktor für die Wirtschaft NRWs dar. Die Gesundheit der Beschäftigten in kleinen und mittelständischen Unternehmen zu sichern und zu verbessern, ist vor diesem Hintergrund besonders wichtig. Neben Maßnahmen des Arbeitsschutzes werden dazu auch Angebote der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) genutzt. Das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung in Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw) führt seit 1994 in einem regelmäßigen Turnus Beschäftigtenbefragungen mit ca. 2.000 abhängig Beschäftigten durch. Der Langzeitvergleich dieser Daten zeigt, dass das Engagement der Betriebe in der betrieblichen Gesundheitsförderung stetig zunimmt. Am deutlichsten ist dabei das Engagement der KMU gestiegen, wenngleich diese sich verglichen mit großen Unternehmen in geringerem Ausmaß in der Umsetzung von BGF engagieren und die Partizipationsmöglichkeiten der Beschäftigteten geringer sind. Zudem stellten die Befragungen heraus, dass den Beschäftigten vor allem BGF-Angebote wichtig sind und unterbreitet werden, die die Vereinbarung von Arbeit und Privatleben erleichtern. Insbesondere Beschäftigte, die Kinder oder Angehörige betreuen, nutzen diese Möglichkeiten häufig. Hier können auch KMU ansetzen und mit einer flexibleren Arbeitszeitgestaltung die Belastung ihrer Beschäftigten verringern.

5.1 Veränderte Arbeitswelt: veränderte Anforderungen an Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Im Arbeits- und Gesundheitsschutz hat sich in den letzten Jahren eine Vielzahl an Fortschritten vollzogen. Sinkende Arbeitsunfallzahlen sind ein Indikator für diesen Trend, der aus der Umsetzung verschiedenster Arbeitsschutzmaßnahmen in diesem Bereich selbst und dem strukturellen Wandel der deutschen Wirtschaft resultiert.

Durch die Technisierung von Prozessen und das Verlagern von Produktionsarbeitsplätzen ins Ausland hat sich der Wirtschaftsstandort Deutschland von der Produktions- zur Dienstleistungsgesellschaft entwickelt (vgl. Lißner et al., 2014).

Doch veränderte Arbeitsabläufe, bewegungsärmere Tätigkeiten und erhöhte Arbeitsanforderungen, die sich durch einen hohen Zeit- und Leistungsdruck auszeichnen, führen zu neuen Belastungen, die die psychische Gesundheit der Beschäftigten gefährden können. Diese Risiken werden allerdings seltener bei den Beurteilungen der Gefährdungen am Arbeitsplatz berücksichtigt (vgl. Ahlers, 2015). Während sich die Arbeitsbedingungen verändern, vollzieht sich zudem zeitgleich ein gesellschaftlicher Wandel: Mit dem Wunsch nach mehr Lebensqualität und mit der steigenden Frauenerwerbstätigkeit nimmt auch die Zahl der Beschäftigten zu, die Arbeit und Privatleben – insbesondere Familie – (flexibel) miteinander vereinbaren wollen. Beschäftigte sind durch diese Umstände häufig mehrfach belastet (vgl. iga, 2014).

Insbesondere die „neuen" Belastungen lassen sich nicht nur durch die Umsetzung der gesetzlichen Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes minimieren, sondern müssen zusätzlich durch freiwillige Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung reduziert werden. Dafür ist es nötig, gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen zu schaffen und Angebote zu unterbreiten, die das Erlernen gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen ermöglichen. So können Leistungsfähigkeit und Lebensqualität der Beschäftigten langfristig und nachhaltig erhalten werden (vgl. iga, 2014; Ulich/Wülser, 2015).

5.2 Herausforderungen und Potenziale in KMU

Kleine und mittlere Unternehmen werden vielfach als Innovationsmotoren der nordrhein-westfälischen Wirtschaft gesehen. Diese Bedeutung spiegelt sich in ihrer Anzahl wider: 95 % der Unternehmen in NRW hatten im Jahr 2012 zwischen 1 und 49 sozialversicherungspflichtig Beschäftigte (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2013). Und auch die Anzahl der Beschäftigten in KMU weist auf ihre Bedeutung hin: 67 % der Beschäftigten in NRW arbeiteten in Unternehmen mit bis zu 249 sozialversicherungspflichtig Beschäftigten (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2013). Allerdings lässt sich vor allem bei kleinen und mittleren Betrieben trotz der insgesamt positiven Entwicklung der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Arbeitsschutzmaßnahmen und auch der freiwilligen betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen noch Verbes-

serungspotenzial identifizieren (vgl. Beck, 2011; Beerheide et al., 2014; Polzer/Seiler, 2015).

Die Ursachen für den aktuell noch bestehenden Entwicklungsbedarf im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie in der betrieblichen Gesundheitsförderung in KMU scheinen vielfältig und werden kontrovers diskutiert (vgl. im Folgenden Beck, 2011). Zum einen besteht eine grundsätzlich defizitäre Sichtweise auf KMU, zum anderen scheinen gesetzliche Maßnahmen und Gestaltungsansätze nicht hinreichend zu passen. Insbesondere die Rahmenbedingungen, unter denen KMU im Vergleich zu Großunternehmen agieren (z. B. einfachere Organisationsstrukturen, oftmals fehlendes Personal mit dem notwendigen Wissen über die Umsetzung der gesetzlichen und freiwilligen Maßnahmen oder geringere finanzielle Möglichkeiten) werden als Hinderungsgrund angesehen. Vor diesem Hintergrund ist davon auszugehen, dass Ansätze und Methoden, die für Großunternehmen optimiert sind, nicht einfach übernommen, sondern speziell auf die Bedürfnisse der kleineren Unternehmen angepasst werden sollten, um Potenziale und Ressourcen der KMU optimal zu nutzen. Dabei sollte die Andersartigkeit der KMU gleichzeitig als ihre Stärke betrachtet werden. Zu diesen Stärken zählen (vgl. Ammel et al., 2015):

- Beschäftigte können direkter miteinander kommunizieren und sind so flexibler.
- Betriebliche Abläufe sind transparenter und der Handlungsspielraum der einzelnen Beschäftigten ist dadurch oftmals größer.
- Beschäftigte können direkter beteiligt werden, auf diese Weise Entscheidungen initiieren und Einfluss nehmen – die Beteiligungsraten sind höher.
- Unternehmer können selbst als Vorbild wirken.
- Durch eher familiäre Strukturen sind Ansätze eher unbürokratisch und pragmatisch, zudem verfügen die Beschäftigten häufig über umfangreiche Kompetenzen im Umgang miteinander.

Ammel et al. (2015) betonen, dass der Zugang zu Kleinbetrieben optimiert werden kann, indem diese Charakteristika genutzt werden und den Unternehmern sowie Beschäftigten der Nutzen von Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie BGF direkt verdeutlicht wird. Überbetriebliche Netzwerke, die auf umfassendes Wissen zurückgreifen können, scheinen dafür ein guter Motor zu sein.

5.3 Empirische Anhaltspunkte: BGF-Engagement der KMU in NRW aus der Perspektive der Beschäftigten

Seit 1994 führt das Landesinstitut für Arbeitsgestaltung in NRW regelmäßig alle vier bis fünf Jahre repräsentative, telefonische Befragungen unter ca. 2.000 abhängig Beschäftigten durch (vgl. Polzer et al., 2014). Sowohl die betrieblichen Rahmenbedingungen, wie die Umsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und das Engagement des Betriebs in der Gesundheitsförderung, als auch arbeitsbedingte Belastungen und deren gesundheitliche Auswirkungen stehen dabei in jeder Erhebung im Fokus. Auf diese Weise können die aktuelle Situation eingeschätzt und Entwicklungen beobachtet sowie Handlungsbedarfe erfasst werden.

Tabelle 5.1 bietet eine Übersicht über die Anzahl der befragten Beschäftigten nach Erhebungsjahr, Geschlecht und Betriebsgrößenklasse. Letztere wurde seit 1999 konstant erhoben und stimmt tendenziell mit der gängigen Klassifizierung überein. Demnach arbeiteten beispielsweise 2013 etwa zwei Drittel der Befragten in kleinen und mittelständischen Unternehmen mit 1 bis 199 Beschäftigten, während ein Fünftel in Unternehmen mit 200 bis 999 Beschäftigten und etwas mehr als ein Zehntel bei Großunternehmen mit 1.000 und mehr Beschäftigten tätig war.

Tab. 5.1: Rahmendaten zu den Beschäftigtenbefragungen des LIA.nrw seit 1999

		Befragte je Betriebsgrößenklasse (nach Anzahl der Beschäftigten)				
Jahr	**Stichprobengröße**	**1–10**	**11–20**	**21–199**	**200–999**	**1000+**
1999	2.019 (937 Frauen)	421	251	636	403	297
2004	2.000 (985 Frauen)	459	244	631	390	264
2008/2009	2.000 (929 Frauen)	330	221	681	461	301
2013/2014	2.025 (923 Frauen)	359	228	689	474	275

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Trendstudien bzgl. des Engagements für BGF und der Umsetzungsmöglichkeiten vorgestellt. Auch auf die Wünsche der Beschäftigten wird dabei eingegangen.

5.3.1 Zunehmendes BGF-Engagement der Betriebe

In den vergangenen 15 Jahren haben zunehmend mehr Beschäftigte das Engagement ihrer Unternehmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung positiv bewertet: Während sich 1999 ein Drittel der Befragten positiv äußerte, stimmte dem 2004 lediglich ein Viertel und 2008/2009 wiederum ein Drittel der Befragten zu. Aktuell hat die Entwicklung mit etwa 40 % positiver Bewertung des betrieblichen BGF-Engagements einen neuen Höchststand erreicht. Verglichen mit der Entwicklung der Umsetzung der gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen beurteilen jedoch deutlich weniger Beschäftigte die Umsetzung der freiwilligen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die weniger standardisiert sind, in ihren Unternehmen positiv (vgl. Beerheide et al., 2014).

5.3.2 Umsetzung von BGF-Maßnahmen in KMU

Die Bewertung der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung variiert in der Befragung 2013/2014 deutlich nach Betriebsgrößenklasse. Sowohl das Engagement kleiner und mittlerer Unternehmen in der Gesundheitsförderung (27 %) als auch die Möglichkeiten ihrer Beschäftigten, sich an der Umsetzung zu beteiligen (43 %), werden von deutlich weniger Beschäftigten positiv eingeschätzt als Beschäftigte größerer Unternehmen das Engagement ihres Unternehmens (200 bis 999 Beschäftigte: 53 %; 1.000 Beschäftigte und mehr: 74 %) und die dort angebotenen Partizipationsmöglichkeiten (200 bis 999 Beschäftigte: 63 %; 1.000 Beschäftigte und mehr: 82 %) positiv bewerten. Zudem bieten kleine und mittlere Unternehmen mit bis zu 199 Beschäftigten durchschnittlich nur vier, Unternehmen mit 200 bis 999 Beschäftigten durchschnittlich sechs und Unternehmen mit 1.000 Beschäftigten und mehr durchschnittlich acht der Maßnahmen an, die den Beschäftigten in einer Mehrfachauswahl genannt wurden. Am häufigsten werden Maßnahmen angeboten, die flexibles Arbeiten und damit eine bessere Vereinbarkeit von Arbeit und Privatleben ermöglichen sowie Betriebssport, sodass ein Belastungsausgleich möglich ist (vgl. Abb. 5.1). Die Rangfolge der angebotenen Maßnahmen unterscheidet sich nicht deutlich nach der Betriebsgröße.

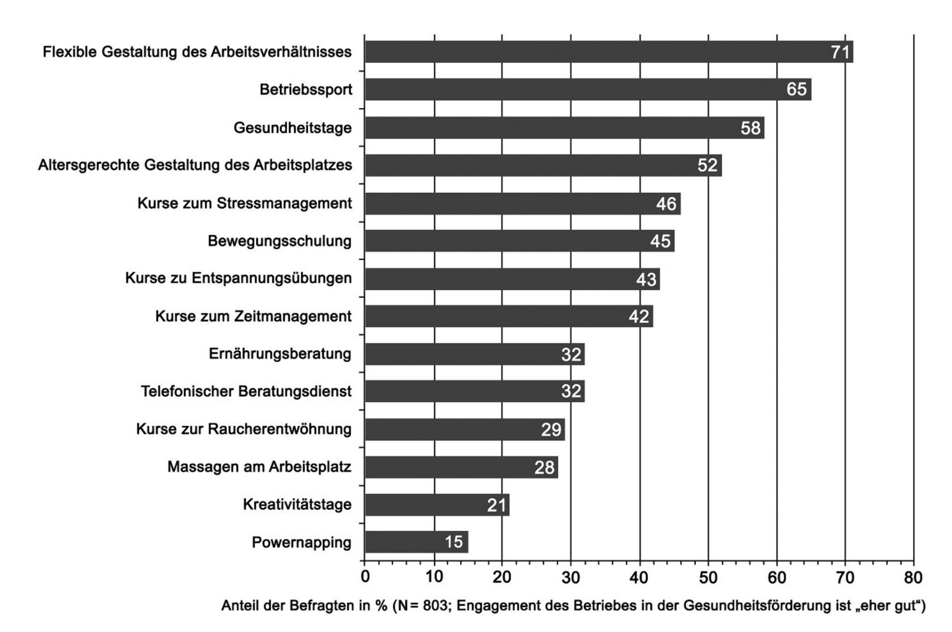


Abb. 5.1: Angebotene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Unternehmen mit positiv bewerteter Gesundheitsförderung (Polzer/Seiler, 2015)

5.3.3 Wünsche der Beschäftigten zur Verbesserung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Insbesondere berufstätige Eltern benötigen durch die Betreuung von Kindern und Jugendlichen eine flexible Gestaltung des Arbeitsverhältnisses, um Familienleben und Arbeit besser miteinander zu vereinbaren. Zu dieser Beschäftigtengruppe, die durchschnittlich vier Stunden weniger arbeitet (33 Stunden/Woche) als Beschäftigte ohne diese zusätzliche Verpflichtung (37 Stunden/Woche), zählten in der Befragung 2013/2014 319 Teilnehmer (Frauenanteil 59 %). Speziell nach unterstützenden Maßnahmen befragt, die ihnen die Vereinbarkeit erleichtern, gaben 59 % der Befragten an, dass sie flexible Arbeitszeiten nutzen. Etwa die Hälfte greift auf Möglichkeiten der familienfreundlichen Arbeitsorganisation zurück und nimmt verschiedene Urlaubsregelungen in Anspruch, sofern ihr Unternehmen ihnen diese Möglichkeit bietet. Darüber hinaus wünschen sich 50 % der Beschäftigten, die schon Kinder haben, Unterstützung bei der Kinderbetreuung (vgl. Polzer et al., 2014). Die Bedarfe dieser

Beschäftigten zu berücksichtigen, kann ein entscheidender Wettbewerbsvorteil kleiner und mittlerer Unternehmen bei der Rekrutierung geeigneter Fachkräfte sein.

5.4 Handlungsbedarfe und Fazit

Menschengerechte Arbeit kann nicht nur durch die Einhaltung gesetzlicher Vorschriften erreicht werden. Die Umsetzung freiwilliger betrieblicher Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung kann dies ebenfalls ermöglichen. Auf diese Weise können arbeitsbedingte und zusätzliche, z. B. durch Vereinbarkeitskonflikte entstehende Belastungen minimiert und die Lebensqualität der Beschäftigten kann verbessert werden. Zwar verdeutlichen die Ergebnisse der LIA-Beschäftigtenbefragungen, dass sich das Engagement der Betriebe in diesem Handlungsfeld in der Vergangenheit verstärkt hat, jedoch zeigt sich gleichzeitig, dass bei der Umsetzung von BGF-Maßnahmen in KMU in NRW im Vergleich zu dortigen Großbetrieben noch immer deutlicher Nachholbedarf besteht.

Besondere Herausforderungen bei der Umsetzung von BGF in kleinen und mittleren Unternehmen bestehen dabei darin, Konzepte und Angebote passgenau auf die spezifischen Belange von KMU und deren Beschäftigte anzupassen. Insbesondere bei der Lösung von Vereinbarkeitskonflikten offenbart sich Gestaltungspotenzial. Flexible Arbeitszeitgestaltung bietet vor allem Eltern die Möglichkeit, sich um den Nachwuchs zu kümmern und zugleich einer geregelten Arbeit nachzugehen, um das Familieneinkommen zu sichern.

Die Initiative „Arbeit gestalten NRW“ des Arbeitsministeriums NRW nimmt sich dieser Aufgaben an und versucht, kleinen Unternehmen durch ein Unterstützungsnetzwerk zu helfen. Auf Landes- und regionaler Ebene wirken dabei Sozialpartner, Sozialversicherungen, Kammern sowie Beratungseinrichtungen mit, gesundheitsgerechte Arbeit zu fördern und die erfolgreiche Anwendung auch in kleineren Unternehmen voranzutreiben. Um die Belange der Unternehmen dabei zu berücksichtigen, wird ein branchenspezifisches Vorgehen gewählt. Vorhandenes Wissen sowie Ressourcen und Maßnahmen werden über bestehende regionale Netzwerke und Partnerschaften in die Unternehmen getragen. Auf diesem Weg erhalten die Unternehmen Beratung und Information sowie Hinweise zu Fortbildungsangeboten und Unterstützung beim Transfer guter Praxis auf ihre betriebliche Situation. Für die Unternehmen werden praxisrelevante Themen aufgegriffen und Lösungen mitgeliefert, wodurch

die Unternehmen in die Lage versetzt werden sollen, mit geringem Aufwand schnell selbst ins Handeln zu kommen. Zudem werden Modernisierungs- und Qualifizierungsbemühungen der Unternehmen durch entsprechende Förderangebote, etwa über die Potenzialberatung, flankiert. Bei der Potenzialberatung werden Stärken und Schwächen eines Unternehmens in den Bereichen Arbeitsorganisation, berufliche Weiterbildung und Gesundheit am Arbeitsplatz ermittelt, sodass unter Beteiligung der Beschäftigten Verbesserungen im Betrieb angestoßen und umgesetzt werden können. Diese Maßnahme wird von der Landesregierung NRW finanziell gefördert.

Literatur

Ahlers, E. (2015). *Leistungsdruck, Arbeitsverdichtung und die (ungenutzte) Rolle von Gefährdungsbeurteilungen*. WSI Mitteilungen, (3), S. 194–201.

Ammel, S./Beerheide, E./Georg, A. et al. (2015). *Klein – Gesund – Wettbewerbsfähig: Betriebliche Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben stärken*. DNBGF Positionspapier. http://www.dnbgf.de/fileadmin/texte/Dokumente/DNBGF_KMU_Positionspapier_2015.pdf (18.08.2015).

Beck, D. (2011). *Zeitgemäße Gesundheitspolitik in Kleinst- und Kleinbetrieben: hemmende und fördernde Bedingungen*. Berlin: Edition Sigma.

Beerheide, E./Polzer, C./Röddecke, S. et al. (2014). *Die Umsetzung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung in NRW – (k)eine Frage der Größe*. sicher ist sicher, (05), S. 255–260.

Bundesagentur für Arbeit (2013). *Statistik der Bundesagentur für Arbeit – Arbeitsmarkt in Zahlen, Betriebe und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung, 30. Juni 2012*. Nürnberg: Bundesagentur für Arbeit.

iga – Initiative Gesundheit und Arbeit (2014). *Life-Balance: Ein an Lebensphasen und Lebensereignissen orientierter Ansatz*. iga.Fakten, (7). http://www.iga-info.de/fileadmin/Veroeffentlichungen/iga-Fakten_Praeventionsempfehlungen/iga-fakten_7_Life-Balance.pdf (27.01.2015).

Lißner, L./Brück, C./Stautz, A. et al. (2014). *Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie*. Berlin: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz. http://www.gda-portal.de/de/pdf/GDA-Dachevaluation_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=2 (19.08.2015).

Polzer, C./Figgen, M./Seiler, K. et al. (2014). *Gesunde Arbeit NRW 2014. Belastung – Auswirkung – Gestaltung – Bewältigung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in NRW*. Düsseldorf: Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA.nrw).

Polzer, C./Seiler, K. (2015). *Was Beschäftigte in KMU zum BGF-Engagement in ihrem Unternehmen sagen – eine Betrachtung aus NRW*. sicher ist sicher, (05), S. 242–246.

Razum, O./Egger, M. (2012). *Public Health. Sozial- und Präventivmedizin kompakt*. Berlin/Boston: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Ulich, E./Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen*. Wiesbaden: Springer Gabler.

6 Mit partizipativen Ansätzen zu einem präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutz zum Erhalt der Beschäftigtengesundheit

KARINA BECKER

Arbeit muss menschenwürdig sein und darf nicht krank machen. Um diesem Anspruch in der betrieblichen Praxis gerecht zu werden, gilt es, Ansätze und Instrumente zu entwickeln, die den neuen, vielfach auch komplexeren Anforderungen der modernen Arbeitswelt angemessen sind und praktikabel eingesetzt werden können. Der Weg zu diesem Ziel besteht darin, die Partizipationschancen von Beschäftigten systematisch auf das betriebliche Gesundheitsmanagement auszudehnen. Beschäftigte müssen zu Experten in eigener Sache nicht nur in Bezug auf Arbeitsinhalte, sondern auch in Bezug auf gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen werden. Darin steckt der Schlüssel zu einem wirksameren und nachhaltigeren betrieblichen Gesundheitsmanagement: Das salutogene Potenzial besteht insbesondere darin, dass Beschäftigte und Führungskräfte gemeinsam die Erfahrung machen, erfolgreich die Arbeitssituation beeinflussen und optimieren zu können und dabei die geänderten Arbeitsanforderungen (z. B. erhöhte Flexibilität und Verantwortung) als verstehbar und gestaltbar zu erleben.

In jüngster Zeit sind vermehrt Gesellschaftsdiagnosen erschienen, die eine Krise der Demokratie konstatieren. Die von Crouch (2004) für die Politik formulierte These einer „Postdemokratie" wird in ähnlicher Weise länger schon auch der betrieblichen und überbetrieblichen Mitbestimmung attestiert (vgl. etwa Müller-Jentsch, 1998; Streeck/Kluge, 1999 sowie Frick et al., 1999). Postdemokratische Tendenzen lassen sich hier vor allem an der Zunahme mitbestimmungsfreier Zonen, dem kontinuierlichen Rückgang von Tarifverträgen bzw. deren Deckungsgrad und einem Funktionswandel der Industriellen Beziehungen festmachen. Nicht wenige der von den Interessenvertretern vormals erkämpften materiellen und demokratischen Errungenschaften wurden im Rahmen eines „Concession bargaining"[14] gegen Zusagen des Managements, Arbeitsplätze oder auch Standorte zu erhalten und zu sichern, ge-

14 Damit werden Abkommen zwischen Arbeitgebern und Interessenvertretungen bezeichnet, in denen Zugeständnisse zu Löhnen oder auch Arbeitszeiten verhandelt werden, die von Tarifverträgen abweichen.

tauscht (vgl. Lewin, 1983; Bronfenbrenner, 2000; für Deutschland vgl. Rehder, 2003). Neben diesen Erosionsprozessen von Mitbestimmungsmacht lassen sich aber auch innovative Entwicklungen ausmachen, die Ansätze für eine nachhaltige Gestaltung von gesundheitsrelevanten Arbeitsbedingungen bieten. Ein Beispiel dafür präsentiert dieser Beitrag, indem er zwei Formen hybrider Partizipation vorstellt.

In der Literatur wird der Begriff Partizipation unterschiedlich verwendet, was sich auch darauf zurückführen lässt, dass sich eine einheitlich anerkannte Definition nicht durchgesetzt hat. Im vorliegenden Artikel wird der Begriff Mitbestimmung für die gesetzlich regulierte und institutionalisierte Form der Arbeitnehmerbeteiligung verwendet. Partizipation steht indes für Beteiligungsformen, die vom Management initiiert werden und andere Zwecke verfolgen. Demokratische Beteiligung stellt demgemäß das Gegenstück zur manageriellen Partizipation dar.

6.1 Nebeneinander von direkter und institutioneller Teilhabe in den Betrieben

Wie in vielen anderen Ländern lassen sich auch in Deutschland in den Betrieben verschiedene Formen direkter Teilhabe von Beschäftigten ausmachen, die sowohl von Arbeitgeber- als auch von Arbeitnehmerseite initiiert sind und sich aus unterschiedlichen Motiven speisen können: Während die vom Management initiierten Partizipationsstrategien in erster Linie darauf zielen, das „Gold in den Köpfen" der Beschäftigten zu bergen und deren Produktionsintelligenz zu mobilisieren, lässt sich das Interesse der Beschäftigten an Teilhabeformen, die sich auf den Arbeitsplatz, die Arbeitsstrukturen und -prozesse beziehen, als genuin charakterisieren.

Zu den Besonderheiten des deutschen Systems gehört indes die institutionalisierte Mitbestimmung, der die Idee einer „gleichberechtigte(n) Mitentscheidung der Arbeitnehmer oder ihrer Repräsentanten" (Däubler, 1973, S. 7) zugrunde liegt. Sie wird von der gewählten Interessenvertretung – dem Betriebsrat als Repräsentativorgan – wahrgenommen, der sich dafür auf die im Betriebsverfassungsgesetz (BetrVG) kodifizierten Mitbestimmungsrechte berufen kann. Das unbestimmte Verhältnis von direkter Partizipation und institutioneller Mitbestimmung gab in den letzten Jahren immer wieder Anlass zu Debatten, die jedoch mit unterschiedlichen Impulsen und vor dem Hintergrund unterschiedlicher Erfahrungen geführt wurden sowie unterschiedliche Ansätze beim Thema gesundheitsbezogene Arbeitsbedingungen in den

Mittelpunkt rückten. Im Kern ging es dabei oft um die Frage, ob die repräsentativen Mitbestimmungsformen ergänzungsbedürftig sind und daher um direkte Beteiligungsmodelle erweitert werden müssten (vgl. etwa Müller-Jentsch, 1997). Die Forderung einer „Mitbestimmung am Arbeitsplatz" – bereits in den 1960er-Jahren Gegenstand teils intensiver Kontroversen – wurde in diesem Zusammenhang wiederholt aufgegriffen. Wenngleich ihre Ausweitung dem Anspruch nach mehr Basisdemokratie in der Betriebsorganisation entspricht, begegneten ihr einige Vertreter der gesetzlichen Mitbestimmung teilweise mit schwerwiegenden Vorbehalten, die sie auf eine damit induzierte Konkurrenz von erkämpften Betriebsratsrechten und managementgeleiteter „delegativer Partizipation" (Greifenstein et al., 1993) zurückführten. Die Schwierigkeit eines Nebeneinanders von direkter und institutioneller Teilhabe besteht offenkundig darin, dass sich diese Varianten nicht nur komplementär, sondern auch konkurrierend verhalten können und eine systematische Verknüpfung beider Formen in Deutschland lange Zeit weder rechtlich noch betrieblich vorgesehen war.

An diesem Desiderat setzt der vorliegende Beitrag an; er stellt einen Ansatz vor, von dem Gebrauch gemacht werden kann, um gesundheitsbezogene Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. Dies kann etwa dadurch gelingen, dass verhaltens- und verhältnispräventive Maßnahmen nicht gegeneinander ausgespielt, sondern betriebliche Lösungen entwickelt werden, die sich durch ein Ineinandergreifen beider Ebenen auszeichnen.

Der hier vorgestellte Ansatz fungiert als demokratische Beteiligungsvariante, indem er eine Scharnierfunktion zwischen direkter Partizipation und repräsentativer Mitbestimmung übernimmt. Dabei handelt es sich um eine Form der Beschäftigtenbeteiligung, die mit der letzten großen Novellierung des deutschen Betriebsverfassungsgesetzes 2001 in das Regelwerk aufgenommen wurde. Insofern sie an das vorhandene Regelwerk anknüpft und es inkrementell modifiziert, stellt sie eine spezifisch deutsche Lösung dar. Die bisherigen Erfahrungen verweisen jedoch auf verallgemeinerbare Aspekte und können daher für eine internationale Debatte fruchtbar sein.

Der Beitrag setzt mit Überlegungen dazu an, inwiefern der Wandel der Arbeitswelt und die damit einhergehenden neuen, vor allem psychischen Belastungen mit dem herkömmlichen Instrumentarium repräsentativer Beteiligung (noch) erfasst und bearbeitet werden können. Er diskutiert den Ansatz der hybriden Beteiligung darüber hinaus als Scharnier, das sowohl auf der inhaltlichen Ebene verschiedene Formen

der Kapitalismuskritik zusammenführt als auch die verschiedenen Modi der direkten und institutionellen Teilhabe zu einer demokratischen Beteiligung verknüpft. Zudem wird dargelegt, welche Argumente bei der Aufnahme dieser Beteiligungsmöglichkeit (§ 80 Abs. 2 Satz 3 und § 28 a BetrVG) im 2001 novellierten Betriebsverfassungsgesetz eine Rolle spielten. Schließlich wird anhand von zwei Beispielen gezeigt, inwiefern hybride Beteiligungsinstrumente in der Praxis bereits Anwendung finden und welche Erfahrungen in Bezug auf gesundheitsorientierte Arbeitsbedingungen dabei gemacht wurden.

6.1.1 Direkte Partizipation

Das Konzept der Beschäftigtenpartizipation beschreibt Prozesse und Strukturen der direkten Teilhabe (abhängig) Beschäftigter in Wirtschaftsbetrieben.[15] Dies kann sich auf Maßnahmen beziehen, bei denen das Management Beschäftigte bei Entscheidungen über Arbeitsaufgaben zurate zieht, Verantwortung delegiert (an Einzelne oder Gruppen) oder Beschäftigte zu eigenen Entscheidungen ermächtigt. Bearbeitet werden dabei Probleme oder Tätigkeiten, die unmittelbar auf den Arbeitsplatz, die Arbeitsorganisation und die gesundheitsbezogenen Arbeitsbedingungen gerichtet sind. Aufgrund der Vielgestaltigkeit partizipativer Konzepte und Praktiken finden sich in der Literatur verschiedene Kategorisierungsvorschläge, die sich nach

- der *Reichweite* von Partizipation,
- der *Ebene*, auf der Partizipation stattfindet (aufgabenbezogen, abteilungsweise etc.),
- den *Anteilen der Beschäftigten*, die davon betroffen sind,
- der Fülle von *Themen*, die partizipativ bearbeitet werden, oder auch
- den *Motiven* zur Einführung konkreter Partizipationsinstrumente unterscheiden

(vgl. Benders et al., 2000; Marchington/Wilkinson, 2005).

Die enorme Bandbreite und Verständnisvariation direkter Partizipation ist Ausdruck spezifischer nationaler Entwicklungspfade und Traditionen, vor allem bei den Indus-

15 In der internationalen Literatur werden unter Partizipation z. T. auch Formen der materiellen (vgl. etwa Kessler, 2010) und der genossenschaftlichen Teilhabe gefasst.

triellen Beziehungen (vgl. etwa Brannen et al., 1976). In der deutschsprachigen Debatte lassen sich zwei zentrale Traditionslinien identifizieren: Eine *inhaltlich-thematische* Diskussion direkter Teilhabeformen fand hier nach dem Zweiten Weltkrieg vor allem als „Mitbestimmung (am Arbeitsplatz)" statt. Der *Begriff* Partizipation taucht dagegen erstmals ab ca. 1965 in signifikanter Weise auf (vgl. z. B. Gather, 1970) – zunächst inspiriert durch die US-amerikanische Forschung zur „political participation" (vgl. Milbrath, 1965).

Modelle der direkten Mitbestimmung am Arbeitsplatz, wie sie Anfang der 1970er-Jahre in Deutschland experimentell entwickelt wurden, entstanden einerseits unter dem Druck tiefgreifender Rationalisierungsprozesse in den Betrieben, andererseits waren sie inspiriert durch Ansätze einer Wirtschaftsdemokratie (in Anschluss an Napthali, 1926/1966; vgl. Vilmar, 1975, 1978). Vor diesem Hintergrund setzten sich arbeitspolitische Forderungen durch, die die Qualität der Arbeit wieder stärker in den Mittelpunkt rückten und im Ansatz einer „Humanisierung des Arbeitslebens" (HdA) z. T. auch umgesetzt wurden (vgl. exemplarisch Neubauer/Oehlke, 2009; Bieneck, 2009). Im Rahmen eines von staatlicher Seite geförderten Programms mit unmittelbarer Einbeziehung der Betroffenen konnten durch die Minimierung von Arbeitsbedingungen, die sich negativ auf die Gesundheit auswirken, verschiedene Ansätze zur Veränderung der Arbeit forschungspraktisch erprobt werden. Unter der programmatischen Zielsetzung, Rationalisierung und Humanisierung miteinander zu verbinden und dabei „die Möglichkeiten zu untersuchen, wie die Arbeitsbedingungen stärker als bisher den Bedürfnissen der arbeitenden Menschen angepasst werden können" (Bundesminister für Forschung und Technologie, 1979), bot das Forschungsprogramm den Raum für Entwicklungsprojekte, die eine Reihe von arbeitswissenschaftlich fundierten Ergebnissen und betrieblichen Erfahrungen mit der direkten Beteiligung von Beschäftigten bei der Gestaltung ihrer Arbeitsbedingungen hervorbrachten: Die innovatorischen Aspekte, die zu demokratischer Beteiligung befähigen, wurden vor allem in der Artikulation gemeinsamer Interessen, Werte und Ziele; im solidarischen Handeln; in der Überwindung von Misserfolgsorientierung; der gleichberechtigten Zusammenarbeit mit Vorgesetzten und Experten; der Kenntnis und Nutzung vorhandener Rechte sowie dem Entwurf realistischer Handlungsstrategien gesehen (vgl. Fricke et al., 1982). Dabei gingen die Forscher in Anknüpfung an die Tradition der Aktionsforschung davon aus, dass weder die Unternehmensleitung (auch jene mit den besten Absichten) noch externe Experten ohne die Be-

teiligung der Beschäftigten es vermögen, die Arbeitsprozesse den Ansprüchen und Interessen der Beschäftigten gemäß und damit genügend zu gestalten. Niemand außer den Beschäftigten selbst, also diejenigen, die den Arbeitsbedingungen permanent ausgesetzt sind, könnten vollständige Defizitanalysen und angemessene Bewertungen alternativer Gestaltungsansätze leisten (vgl. Fricke et al., 1982). Staatlich initiierte Institutionalisierungsprozesse, wie die Gründung der Bundesanstalt für Arbeits- und Gesundheitsschutz, die Novellierung des Betriebsverfassungsgesetzes und der Erlass von Arbeitsschutzgesetzen, zielten auf eine Verstetigung aktiver Arbeitsgestaltung. Dabei war vielfach der Ansatz leitend, Beschäftigte als Experten ihrer Arbeitsbedingungen zu begreifen. So lässt sich ab den 1980er-Jahren in Deutschland eine betriebliche Verbreitung partizipativer Managementansätze konstatieren, die auch zu einer Neubelebung der in den 1960er- und 1970er-Jahren geführten Forschungsarbeiten führte, nunmehr jedoch interdisziplinäre Konzepte, vor allem aus dem Bereich einer Lean Production und des Human Resource Managements (HRM), aufgriff. Formal beziehen sich beide Partizipationsoffensiven auf den Wunsch der Beschäftigten nach mehr Teilhabe. Während die managementgeleiteten Initiativen jedoch eher im Zeichen einer Steigerung der Produktivität und Profitabilität stehen, verfolgten die betrieblichen Projekte zur Teilhabe auf der Shopfloor-Ebene[16], im Rahmen des Programms zur Humanisierung der Arbeit, humanisierungspolitische sowie demokratische Zwecksetzungen.

6.1.2 Dominanz institutioneller Teilhabe im System der Industriellen Beziehung

Die Grundidee einer institutionalisierten Teilhabe von Beschäftigten am Arbeitsplatz geht auf deren grundsätzlich schwächere Position gegenüber der Unternehmerseite innerhalb der betrieblichen Macht- und Herrschaftsordnung zurück (vgl. Jürgens/Naschold, 1984; dazu auch Burawoy, 1979, und Edwards, 1981). Die für beide Seiten geltende Arbeitsvertragsfreiheit geht zwar von einer Gleichberechtigung auf der formal-rechtlichen Ebene aus, diese verhindert aber nicht, dass sich die Beschäftigten im Rahmen ihres individuellen Arbeitsverhältnisses dem Direktionsrecht des Managements unterordnen müssen. Die daraus resultierende strukturelle Machtasymmetrie lässt sich durch eine institutionell abgesicherte Interessenvertretung der Arbeitneh-

16 Damit ist die Produktionsstätte oder auch der Arbeitsplatz gemeint.

mer – auf der betrieblichen Ebene durch die Betriebs- und Personalräte – und eine Mitbestimmung, die auf die „gleichberechtigte Mitentscheidung der Arbeitnehmer oder ihrer Repräsentanten“ (Däubler, 1973, S. 17399) zielt, zu deren Gunsten verschieben. Für die Montanindustrie und Kapitalgesellschaften wird die Mitbestimmung im Unternehmen zudem durch die Arbeitnehmervertreter im Aufsichtsrat und Vorstand wahrgenommen.

Die kollektiv organisierte Interessenvertretung soll zum einen sicherstellen, dass der einzelne Beschäftigte in den konkreten, alltäglichen Auseinandersetzungen im Betrieb nicht in eine entsolidarisierende Konkurrenz mit anderen gerät. Zum anderen bezieht sich der Gegenstand der Mitbestimmung traditionell auf die Regelung von Arbeitsbedingungen, die für eine Mehrzahl von Arbeitnehmern gleichzeitig und in gleicher Weise, also kollektiv gelten. Das gilt insbesondere für das Verhältnis von Lohn und Leistung, das entweder im Tarifvertrag niedergelegt ist oder sich aus den allgemeinen Leistungsstandards der gesamten Belegschaft oder Arbeitsgruppe ergibt (vgl. Ehlscheidt et al., 2005). Betriebsvereinbarungen sind das zentrale Instrument des Betriebsrats, Mitspracherechte gegenüber der Arbeitgeberseite – formell abgesichert – zur Geltung zu bringen. Dabei beziehen sich die Betriebsräte zum einen auf ihre im Betriebsverfassungsgesetz § 80 definierten Aufgaben

- der *Kontrolle* (über die Einhaltung der Rechts- und Tarifnormen),
- der *Initiative* (bestimmter Maßnahmen, die z. B. das Arbeitsschutzgesetz mit der Gefährdungsbeurteilung vorschreiben) und
- der *Fürsorge* (die sich auf schutzbedürftige Arbeitnehmer bezieht).

Zum anderen weist das BetrVG dem Betriebsrat Beteiligungsrechte zu, die ihn zur Mitwirkung in sozialen, personellen und wirtschaftlichen Aspekten autorisieren und ihm darüber hinaus auch Mitbestimmungsrechte zusprechen (§ 87 BetrVG) – also das Recht, Entscheidungen über Überstunden und Kurzarbeit, die Festsetzung leistungsbezogener Entgelte, Grundsätze über das betriebliche Vorschlagswesen oder auch bei der Umsetzung des Arbeitsschutzgesetzes mitzugestalten.

Die gesetzliche Absicherung dieser Rechte und Pflichten und deren Wahrnehmung haben zwiespältige Auswirkungen auf das Verhältnis zwischen Betriebsrat und Management. Geboren aus der Absicht, die Verfügungsgewalt des Managements über die Beschäftigten einzuschränken, wird zugleich die entlastende Funktion der institutionellen Vertretungsstruktur für das Management betont (vgl. Kott-

hoff, 1994; Eberwein/Tholen, 1990). In vielen Betrieben übernehmen Betriebsräte derartige co-managerielle Aufgaben z. B. im Kontext von Modernisierungs- oder Restrukturierungsprozessen (vgl. Piorr/Wehling, 2002); dabei werden sie auch an Unternehmensentscheidungen beteiligt.

Die Tendenz, in erster Linie eine die Existenz der Unternehmen sichernde und damit kooperative Strategie zu verfolgen, fand sich auch bei vielen ostdeutschen Betriebsräten während der Transformationszeit. Im Kampf um das wirtschaftliche Überleben bildeten sie mit dem Management eine „Notgemeinschaft" (vgl. Senghaas-Knobloch, 1992; Kempe, 1995), in der die Betriebsräte vielfach Aufgaben übernahmen, die weit über den durch das BetrVG abgesteckten Beteiligungsrahmen hinausreichten. Die aus dem traditionellen Interessengegensatz zwischen Kapital und Arbeit begründete Konfliktkultur und Gewerkschaftsbindung spielt bis heute bei vielen ostdeutschen Betriebsräten eine geringere Rolle als bei ihren westdeutschen Kollegen (vgl. Kädtler/Kottwitz, 1994; Röbenack, 2005).

6.2 Wandel der Arbeit als Herausforderung für traditionelle Konzepte der Arbeitsgestaltung

Damit ist bereits ein Problem angedeutet, das vor allem auf die veränderten ökonomischen Rahmenbedingungen von Arbeit verweist: Seit den 1990er-Jahren lässt sich eine Verschiebung der politischen Kräfteverhältnisse konstatieren, die mit einer Re-Kommodifizierung von Arbeitskraft verbunden ist, die menschliche Arbeitskraft wird also wieder (im Sinne Marx) tendenziell zur Ware. In diesem Zusammenhang steht auch, dass viele der von den Interessenvertretern vormals erkämpften materiellen und demokratischen Errungenschaften in Zeiten des Abbaus von Arbeitsplätzen und internationaler Lohnkonkurrenz im Rahmen eines „Concession bargaining" gegen die Zusagen des Managements, Arbeitsplätze oder auch Standorte zu erhalten, getauscht wurden.

Eine grundsätzliche Herausforderung resultiert aus dem ständigen Wandel der Arbeitswelt im Allgemeinen und der Arbeitsinhalte im Besonderen, mit denen die festgefügten Institutionen des deutschen Systems der Mitbestimmung nicht Schritt halten. Traditionelle arbeitspolitische Konzepte der deutschen Mitbestimmungskultur und aktuelle Entwicklungen im Bereich der Arbeitsbedingungen sind daher

vielfach nicht passfähig; sie bedürfen eines Scharniers, wie es mit dem Ansatz der hybriden Beteiligung in Kap. 6.3 vorgestellt wird.

Die Veränderungen in der Arbeitswelt vollziehen sich vor dem Hintergrund von Entwicklungen, die sich als Tertiarisierung, Informatisierung (vgl. Schmiede, 1996), Beschleunigung (vgl. Rosa, 2011), Flexibilisierung und Subjektivierung von Arbeit (vgl. Moldaschl/Voß, 2003) subsumieren lassen und mit neuen Anforderungen an die Beschäftigten verbunden sind. Das gemeinsame Moment dieser Entwicklungstendenzen besteht in einer wachsenden Pluralisierung und Polarisierung von Arbeit, die eine kollektive Ausrichtung von Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik vor neue Herausforderungen stellt. Diese kollektive Ausrichtung von Arbeitsgestaltung und -politik wird vor dem Hintergrund zunehmend prekärer Arbeitsverhältnisse notwendig. Stark vereinfacht lässt sich die Arbeitswelt heute durch zwei Linien charakterisieren, die sich zukünftig fortschreiben werden: durch einen wachsenden Bereich subjektivierter (Wissens-)Arbeit auf der einen und der Ausweitung prekärer Arbeit auf der anderen Seite (man denke nur an die Expansion von Leiharbeit und aktuell auch Werkvertragsnehmern). Sowohl im Bereich der Wissensarbeit als auch bei prekären Beschäftigungsverhältnissen finden sich Phänomene wie Präsentismus[17] und Selbstausbeutung, die in den letzten Jahren zu einem Anstieg psychischer Belastungen geführt haben. Beschäftigung in Leiharbeit und Werkvertrag findet zudem unter Bedingungen statt, die hinter das Arbeits- und Gesundheitsschutzniveau der Stammbeschäftigten zurückfallen (vgl. Becker/Engel, 2015; Becker, 2015).

Beide Tendenzen führen zudem dazu, dass bestehende Rechte, Regelungen und Praktiken entweder unterminiert werden oder nicht mehr passfähig sind. Im Folgenden wird anhand von vier Aspekten begründet, inwiefern die traditionellen Formen institutioneller Mitbestimmung im Kontext eines Wandels der Arbeit Probleme bzw. Krisensymptome mit sich bringen.

17 Präsentismus meint die Anwesenheit am Arbeitsplatz selbst bei Krankheit, aus Furcht vor dem Verlust des Arbeitsplatzes.

1) Differenzierung der Belegschaften

Die betriebliche Mitbestimmungspolitik entwickelte sich lange Zeit innerhalb eines weitgehend kohärenten, durch das „fordistische[18] Normalarbeitsverhältnis“[19] geprägten Referenzrahmens, der durch fixierte Bedingungen des Einsatzes und der Nutzung von Arbeitskraft geprägt war. Diese weitgehende Homogenität entsprach den Interessenlagen der großen Facharbeiter-Stammbelegschaften, die von den Gewerkschaften und betrieblichen Interessenvertretern gebündelt und in Kollektivverträgen kodifiziert wurden.

Die heutige zunehmende Belegschaftsdifferenzierung verlangt den Betriebsräten nunmehr eine komplexe Interessenvertretungspolitik ab – sowohl hinsichtlich der Themenvielfalt/-spezifik als auch mit Blick auf die Beschäftigten und ihren Beschäftigungsstatus –, die nur durch die systematische Rückbindung und Beteiligung der Beschäftigten zu realisieren ist. Dabei geht es auch darum, geltende Arbeitsschutzbestimmungen für alle Beschäftigtengruppen in gleicher Weise durchzusetzen.

2) Probleme des Co-Managements

Schon früh hat sich die industriesoziologische Forschung in Deutschland mit der spannungsreichen Position des Betriebsrats im System der betrieblichen Arbeitsbeziehungen als „Grenzinstitution“ (Fürstenberg, 1958) bzw. „intermediärer Institution“ (Tietel, 2008) beschäftigt, die zwischen den Interessen und Handlungslogiken der Unternehmensleitung und denen der Belegschaft vermitteln muss. Das daraus resultierende „Integrationsproblem“ (Fürstenberg, 1958) wird von dem als Co-Manager agierenden Betriebsrat dadurch gelöst, dass er im Sinne des Betriebswohls proaktiv managerielle Aufgaben übernimmt. Die Mitgestaltung unternehmerischer Entscheidungen bezieht sich dabei auf neue Themen, darunter vor allem die Arbeitsorganisation. Die vom Co-Manager unterstellte Gleichsetzung von Betriebs- und Belegschaftswohl läuft jedoch Gefahr, den Blick für unternehmenspolitische Alternativen

---

18 Der Begriff Fordismus bezeichnet einen gesellschaftlichen Produktions- und Verteilungsmodus, der in Europa die Phase nach dem Zweiten Weltkrieg (in den USA bereits die 1920er- und 30er-Jahre) kennzeichnet. Er geht auf Henry Ford und die von ihm breit eingeführte Fließbandproduktion zurück, die der industriellen Fertigung zu enormen Produktivitätssprünge und daran anknüpfender Massenproduktion verhalf. Indem Ford diese Entwicklungen auch mit nachfragetheoretischen Überlegungen verband, schuf er die Voraussetzungen für einen von breiten Gesellschaftsschichten getragenen Massenkonsum und den Ausbau sozialer Sicherungssysteme.

19 Unter Normalarbeitsverhältnis wird i. d. R. eine unbefristete, dauerhafte Vollzeitbeschäftigung mit tariflich normiertem Lohn oder Gehalt gefasst.

zu verlieren und damit einer Instrumentalisierung auf den Leim zu gehen. Indem die Interessenvertreter die Aushandlungsprozesse mit dem Management beteiligungsorientiert und ergebnisoffen gestalten, erhöhen sie nicht nur ihre Glaubwürdigkeit. Demokratische Teilhabeprozesse öffnen auch den Raum, Entscheidungen vorab durch eine Kontroll- und Reflexionsschleife laufen zu lassen bzw. diese den Beschäftigten rückzukoppeln. Praktisch umsetzen lässt sich dies z. B. durch verschiedene Formen der Beschäftigtenbefragungen (vgl. Becker/Brinkmann, 2010), mit denen sich Betriebsräte Legitimitätsressourcen erschließen können (vgl. Rehder, 2006).

3) Paradoxien der Professionalisierung

Damit eng verknüpft ist eine in der Betriebsratspraxis zu beobachtende Tendenz zur Verberuflichung, die sowohl Vor- als auch Nachteile bietet: Auf der einen Seite sind immer mehr Betriebsräte über mehrere Amtszeiten freigestellt (vgl. Greifenstein et al., 2011) und haben so die Möglichkeit, sich die entsprechenden Qualifikationen zur Ausübung ihrer Schutz- und Gestaltungsfunktion anzueignen. Auf der anderen Seite kann dies auch zu einer Entfremdung der Interessenvertreter von der Belegschaft führen, die sich im Rollenbild und strategischem Agieren der Betriebsräte als „Stellvertreter“ manifestiert: Problematisch ist eine Form der Stellvertreterpolitik, die die Interessen der Belegschaft nur noch selektiv aufnimmt, Kritik aus der Belegschaft als Unkenntnis abtut und mangelndes politisches Engagement hinnimmt bzw. als Bestätigung des eigenen Politikstils wertet (vgl. auch Haipeter, 2010). Damit läuft sie Gefahr, typischen Oligarchisierungsproblemen zu erliegen und z. B. die eigenen Interessen über die Interessen der von ihnen vertretenen Beschäftigten zu stellen. Typisch für eine solch ausgeprägte Stellvertreterpolitik ist, dass die Aktivierung der Belegschaft oft nicht systematisch erfolgt, sondern allenfalls zur Demonstration von Macht oder zum Aufbau einer Drohkulisse, wenn dies in Verhandlungen mit dem Management dienlich ist. Diese Form der Scheinpartizipation ist auch deshalb kritisch zu werten, weil sie das enorme Potenzial, das die Aktivierung von Beschäftigten birgt, verpuffen lässt und sich damit als Ressource „abnutzt“: Es gibt zahlreiche Beispiele, die zeigen, dass Beschäftigte, die wiederholt die Erfahrung gemacht haben, dass ihre Beteiligung ins Leere läuft, beteiligungsmüde werden oder diese fortan gänzlich ablehnen.

4) Internalisierung von Kontrolle und Koordination

Der vierte Punkt schließlich bezieht sich auf die zunehmende Ablösung hierarchischer oder allgemein externer Kontrolle durch Steuerungsmodi, die Arbeitskraft als Subjekt adressieren und auf deren Subjektivität zielen (vgl. Moldaschl/Voß, 2002). Der Arbeitnehmer ist in der Ausübung seiner Tätigkeit somit immer weniger an übergeordnete Vorgaben gebunden und in vielen Bereichen dazu angehalten, sich selbst zu organisieren und seine Arbeit zu verantworten. Damit wird das Transformationsproblem des Managements, eingekaufte Arbeitskraft in konkrete Arbeitsleistung umzuwandeln, in die Beschäftigten hinein verlagert. In der deutschen Soziologie wird dies – in Anlehnung an die vor allem im angelsächsischen Raum geführte Labour-Process-Debatte – vielfach als kontrolltheoretische Wende interpretiert. Die Befürworter neuer marktzentrierter Kontroll- und Steuerungsformen (vgl. z. B. Halal, 1996) verweisen auf den Zugewinn an Freiheiten und Wahlmöglichkeiten z. B. in Form höherer Zeitsouveränität und Arbeitszeitflexibilisierung, auf die der nunmehr selbstbewusste Mitarbeiter zumindest dem Versprechen nach zurückgreifen kann. Zu den zentralen arbeitswissenschaftlichen Erkenntnissen der letzten Jahre gehört jedoch, dass neue Instrumente wie Vertrauensarbeitszeit und Projektarbeit auch eine Kehrseite haben können, die sich u. a. in einer übermäßigen und gesundheitsverschleißenden Leistungsverausgabung niederschlagen.

Der beschriebene Paradigmenwechsel ist auch eine Reaktion auf den zunehmenden Wettbewerbsdruck, dem die Unternehmen auf den Produkt- und Kapitalmärkten seit den 1980er-Jahren ausgesetzt sind und der zunehmend in den innerorganisationalen Prozessen, Strukturen und Maßstäben für Lohn und Leistung seinen Niederschlag findet. Während die traditionelle Arbeitspolitik an einer Steuerungslogik von Arbeit ansetzen konnte, in der die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten in Form regulierter Arbeitszeit und Entgelte den Ausgangspunkt bildete, an dem sich der Preis für ein Produkt bemaß, ändert sich dies unter den Bedingungen einer markt- und ergebnisorientierten Steuerung: Vorgegeben ist nunmehr der Preis, den ein Produkt am Markt kosten darf; die Arbeitszeit und zunehmende Teile des Entgelts indes werden zu variablen Größen, die auf den einzelnen Beschäftigten heruntergebrochen werden können. Bei den Beschäftigten führt dies vielfach dazu, dass sie ökonomische Zwänge so weit verinnerlichen, dass sie die vom Markt erzwungenen permanenten Leistungssteigerungen seltener hinterfragen. In immer mehr Fällen

entwickelt diese Orientierung eine Eigendynamik, die von Zeit- und Leistungsdruck geprägt, zu arbeitsbedingten psychischen Erkrankungen bis hin zum Burnout führt. Für die Interessenvertreter bedeuten diese Entwicklungen, dass sie sich gleich mehreren neuen Themen stellen müssen, für die sie überdies andere als die herkömmlichen kollektiven Bearbeitungsmodi finden müssen.

Bereits in den Humanisierungsprojekten der 1970er-Jahre erwiesen sich arbeitsorganisatorische Aspekte, insbesondere der Einzelakkord, nach dem die Maschinenarbeiter zu dieser Zeit oft entlohnt wurden, als zusätzliche Belastung – verursacht durch die Unsicherheit über die Höhe des täglichen Verdienstes und den ständigen Leistungsdruck. Der Akkordlohn erschwerte darüber hinaus auch „die Entwicklung solidarischer und kreativer Zusammenarbeit" (Fricke et al., 1980, S. 26). Damals wie heute lassen sich die Probleme internalisierten Leistungsdrucks vor allem dann lösen, wenn Beteiligungsansätze gefunden werden, durch die die Beschäftigten die Logik der betrieblichen Steuerungsformen kritisch hinterfragen und darauf aufbauend gemeinsame Strategien entwickeln. Es geht darum, bei den Beschäftigten eine Handlungsperspektive zu verankern, die sie dazu befähigt, einen ressourcenorientierten Umgang mit der eigenen Gesundheit zu pflegen.

Die Erfahrungen der manageriellen Partizipationsangebote im Zuge von Lean Production und HRM lehren, dass sich die Beschäftigten dabei auf ein institutionelles Fundament stützen können müssen, das eine verbindliche Teilhabepraxis absichert. Nicht selten waren die eingeräumten manageriellen Partizipationsmöglichkeiten selektiv (nur auf Belegschaftsteile bezogen) und wurden auch situativ wieder zurückgenommen, z. B. wenn die Rationalisierungsgewinne hinter den Erwartungen des Managements zurückblieben (vgl. Springer, 1999; Dörre, 2002).

6.3 Der Ansatz der hybriden Beteiligung

In der vielfach zu beobachtenden Zurückweisung der direkten Partizipation am Arbeitsplatz durch die institutionellen Vertreter (Betriebsräte, Gewerkschafter) spiegelt sich nicht nur deren Angst vor dem eigenem Machtverlust oder einer Spaltung der Belegschaftsvertretung. Sie hat darüber hinaus noch eine tieferliegende Ursache, die in zwei unterschiedlichen geschichtlichen Traditionen von Kapitalismuskritik wurzelt, die wiederum nicht unbedingt passförmig zueinander sind. Die aus der Arbeiterbewegung und der christlichen Soziallehre gespeiste Kritik an der Unsicherheit

einerseits und die Kritik an der Entfremdung im Kapitalismus andererseits[20] thematisieren nicht nur unterschiedliche Grundprobleme kapitalistischer Vergesellschaftung, sie betonen auch verschiedene Herangehensweisen zu ihrer Lösung. Grob gesprochen: Geschichtlich waren sich die eher kollektivistische und auf Institutionen setzende Bewegung und die eher individualistisch ausgerichtete Empörung oft nicht geheuer – ein Phänomen, das auch hilft, die Konkurrenz zwischen institutioneller Mitbestimmung und direkter Partizipation zu erklären. Eigene empirische Erfahrungen verweisen darauf, dass die neuen Formen „hybrider Beteiligung" offenbar eine Lösung für dieses Problem und damit ein Scharnier zwischen institutioneller Mitbestimmung und managementinitiierter Partizipation im Sinne von demokratischer Beteiligung zum Erhalt der Beschäftigtengesundheit darstellen können. Entfremdungskritik und Autonomieforderungen mit den etablierten Verfahren der Mitbestimmung in der betrieblichen Macht- und Herrschaftsordnung sinnvoll zu vermitteln, ist Potenzial und Herausforderung zugleich, wenn dabei abgesicherte Freiräume der Verständigung und direkten Teilhabe zu eröffnen sind. Möglich wird dies durch die, mit der letzten Novelle 2001 in das Betriebsverfassungsgesetz aufgenommenen, neuen Beteiligungsinstrumente (§ 80 Abs. 2 Satz 3 und § 28 a), mit denen institutionell abgesichert *und* beteiligungsorientiert verschiedene Themen[21] bearbeitet werden können. Insofern diese Instrumente die institutionelle Mitbestimmung und direkte Partizipation miteinander verbinden, handelt es sich um hybride Beteiligungsformen. Zu diesen hybriden Beteiligungsformen kann beispielsweise die Unterstützung eines Betriebsrats durch sachkundige Arbeitnehmer zählen.

6.3.1 Die Aufnahme hybrider Beteiligungsformen in das novellierte Betriebsverfassungsgesetz

Ein Aspekt bei der Novellierung des BetrVG war das unzureichend geklärte Verhältnis von direkter Partizipation zu den Institutionen der Mitbestimmung, das im Rahmen der Partizipationsoffensiven des Managements nochmals offenkundig wurde. Die Reform der Betriebsverfassung durch die rot-grüne Bundesregierung 2001

---

20 Von Boltanski/Chiapello (2003) in ihrem Werk „Der neue Geist des Kapitalismus" als Sozialkritik vs. Künstlerkritik markiert.

21 Gemeint sind sowohl Themen, die nach Boltanski/Chiapello (2003) eher in der Tradition der Sozialkritik stehen (die z. B. das Entgelt oder die Befristung von Arbeitsverträgen betreffen), aber auch solche, die der Künstlerkritik zuzuordnenden sind (die sich z. B. auf die betrieblichen Entscheidungsmodi beziehen – beteiligungsorientiert vs. hierarchisch).

verfolgte das Ziel, „…die betriebliche Mitbestimmung im Interesse der Beteiligung und Motivation der Arbeitnehmer [zu] stärken“, wofür die Regierung vor allem eine „Modernisierung der Arbeitsbedingungen des Betriebsrats [anstrebte], insbesondere durch moderne Techniken und Delegation von Beteiligungsrechten durch den Betriebsrat an Arbeitsgruppen“ sowie durch die „stärkere Einbeziehung des Einzelnen in die Arbeit des Betriebsrats“ (Deutscher Bundestag, 2001). Die Abgeordnete der Grünen, Dr. Thea Dückert, begründete diese Absicht wie folgt:

> „Uns geht es bei der Mitbestimmung natürlich darum, die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer durch eine Konstruktion der kollektiven Vertretung zu stärken. Uns geht es aber auch darum, die individuellen Rechte von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern zu stärken. Auch dies ist ein Prinzip der Demokratie. Uns geht es ebenso darum, die Rechte von Gruppen und nicht nur die Rechte von Institutionen zu stärken. Deswegen sind in diesem Gesetz Elemente zur Stärkung von Individualrechten vertreten, zum Beispiel dadurch, (...) dass wir erstmals in einem Mitbestimmungsgesetz die Möglichkeit der Delegation von Mitbestimmungsrechten von den Betriebsräten an Arbeitsgruppen, an Gruppen, die im Team arbeiten, verankert haben.“ (Deutscher Bundestag, 2001, S. 17399)

An der Begründung des MdB Brandner (SPD) für eine Neufassung des BetrVG wird zudem deutlich, dass sich die Diskussionen zum Gesetzentwurf vor dem Hintergrund der vielfältigen, z. T. auch spannungsreichen Praxis – den Ansätzen einer „Mitbestimmung am Arbeitsplatz“ im Rahmen des HdA-Programms in den 1970er-Jahren einerseits und denen einer „gemanagten Partizipation“ (Greifenstein et al., 1993) ca. 15 Jahre später andererseits – abspielten:

> „Die Mitarbeiter brauchen auch Rechte, auf die sie sich gegebenenfalls berufen können. Menschen, die engagiert mitarbeiten, müssen auch an den Entscheidungen beteiligt werden.“ (Deutscher Bundestag, 2001, S. 17396)

Die hierin zum Ausdruck kommende Idee einer tragfähigen institutionell eingebetteten direkten Beteiligung speist sich aus der Erfahrung, dass der Wunsch nach Teilhabe der Beschäftigten eines nachhaltigen Schutzes bedarf. Zugleich ist es ein Beispiel dafür, dass Erfahrungen in der betrieblichen Praxis z. T. auch Eingang in Gesetzesänderungen finden: Das gilt etwa auch für das Arbeitsschutzgesetz, in das die Entwicklungslinien der HdA-Projekte eingegangen sind und das seit 1996 einem neuen Ansatz folgt, nämlich Arbeit generell menschengerecht zu gestalten (§ 2 ArbSchG). Damit schreibt es die unverzichtbare Beteiligung der Beschäftigten fest (vgl. Becker et al., 2011). So wurden im Peiner Humanisierungsprojekt neue Formen der Kooperation im Rahmen interessengeleiteter Arbeitsgestaltung erprobt. Darauf aufbauend

schlugen die Beschäftigten u. a. vor, „sachkundige Kollegen aus den Abteilungen zu Beratungen des Betriebsrats und zu Verhandlungen in paritätischen Ausschüssen" hinzuzuziehen (Fricke et al., 1980, S. 575) – eine Idee, die im novellierten BetrVG 2001 mit § 80 Abs. 2 Satz 3 realisiert wurde.

Durch die Rechtsprechung des Bundesarbeitsgerichtes (BAG) 1987 und 1992 wurde bereits früher der Anspruch formuliert, das Wissen betrieblicher Fachkräfte zur Erfüllung von Betriebsratsaufgaben nutzen zu können – seit 2001 besteht nun eine reguläre gesetzliche Grundlage dafür. Die Initiative und das Entscheidungsrecht über Umfang und Einsatz der ausgewählten sachkundigen Auskunftspersonen liegen beim Betriebsrat. Der Arbeitgeber kann dies nur aus „betrieblicher Notwendigkeit" in einem bestimmten Zeitraum ablehnen (vgl. Becker/Thomas, 2005; Gramm, 2005).

Ein weiteres Beteiligungsinstrument, das Eingang in die Novellierung des BetrVG fand, ist der § 28 a. Er gibt den Betriebsräten die Möglichkeit, betriebsverfassungsrechtliche Aufgaben, z. B. zur Gestaltung der Arbeitszeit oder zu Fragen der Aus- und Weiterbildung, an Arbeitsgruppen zu übertragen. Damit folgt dieser Paragraf einer ähnlichen Intention der Nutzung interner Wissensressourcen (der Kompetenzen und Erfahrungen der Beschäftigten) wie das Sachkundigeninstrument. Die Arbeitsgruppen nach § 28 a können jedoch mehr leisten als nur die unmittelbare Betriebsratsarbeit in einem konkret definierten Projekt zu unterstützen. Mit Delegationsrechten ausgestattete Arbeitsgruppen können z. B. Gruppenvereinbarungen (ähnlich Betriebsvereinbarungen) abschließen. Im Gegensatz zu sachkundigen Auskunftspersonen, die dem Benachteiligungs- und Kündigungsschutz unterliegen, ist die rechtliche Absicherung der einberufenen Arbeitsgruppen über § 28 a jedoch nicht eindeutig geregelt (vgl. Hromadka/Maschmann, 2007; Busch, 2003) – für ein vergleichbares Schutzniveau wie es in § 80 Abs. 2 Satz 3 verankert ist, muss der Betriebsrat mit dem Arbeitgeber eine entsprechende (Betriebs-)Vereinbarung abschließen.
Die durch die beiden Beteiligungsinstrumente gesicherten Freiräume erweisen sich damit bereits auf der Regelungsebene als unterschiedlich weitreichend und so auch als unterschiedlich praktisch nutzbar. Von Gewerkschaftsseite werden die Nachteile dieses Regelungsdefizits bei § 28 a vor allem im Fehlen einer inneren Geschäftsordnung dieser Arbeitsgruppen sowie in der Drucksituation gesehen, der die Arbeitsgruppenmitglieder ausgesetzt sein können. So lässt dieser Paragraf viel Spielraum zu, der, wenn er nicht durch eine Betriebsvereinbarung umfassend geregelt wird,

auch vom Management missbraucht werden kann. Der folgende Abschnitt enthält ein betriebliches Beispiel für solch eine Regelung.

6.3.2 Hybride Partizipation in der Praxis

Es soll nunmehr gezeigt werden, wie hybride Beteiligungsinstrumente in der Praxis tatsächlich aufgegriffen werden. Eigene, in bzw. durch Praxisgestaltung gewonnene Erkenntnisse, erlauben verallgemeinerbare Aussagen dazu, welche Schwierigkeiten und fördernden Faktoren bei der Umsetzung der neuen Beteiligungsinstrumente auftreten. Diese Aussagen hat die Autorin im Rahmen verschiedener beteiligungsorientierter Betriebsprojekte gemeinsam mit anderen Forschungspartnern entwickeln können.[22]

Dazu zählt das Projekt Pargema, das der Entwicklung, Erprobung, Evaluation und Verallgemeinerung von Gestaltungsansätzen eines **partizipativen Gesundheitsmanagements** (= Pargema) diente. An diesem Vorhaben waren verschiedene Institutionen[23] und Unternehmen beteiligt, in denen partizipative Präventionsprozesse in Gang gesetzt sowie neue Beteiligungsformen und Konstellationen der Akteure in den Betrieben und auf überbetrieblicher Ebene angeregt, unterstützt und verstetigt wurden. Dabei wurde an bestehende rechtliche Regelungen angeknüpft, deren Potenzial für partizipativ gestaltete Innovationsprozesse im betrieblichen Gesundheitsmanagement in der Praxis bislang noch nicht ausgeschöpft wird: Dies ist zum einen die durch das Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebene „Gefährdungsbeurteilung“, die die Erfassung und Beurteilung arbeitsbedingter Belastungen sowie Maßnahmen zu deren Minimierung vorsieht; zum anderen sind es die „Sachkundigen Arbeitnehmer“ nach § 80 Abs. 2 BetrVG. Der spezifische Fokus des Projekts GRAziL[24] lag auf den physischen und psychischen Belastungen und Ressourcen bei der Leiharbeit. Zentrales Ziel dieses Verbundvorhabens war es, zielgruppenbezogen vorzugehen und alle vor Ort, also direkt relevanten Gruppen von Akteuren zu befähigen, die Sicherheit und Gesundheit der Leiharbeiter zu gewährleisten. Dafür wurden in ca. 30 Entleihunternehmen des Produktions- und Dienstleistungssektors beteiligungsori-

22 Dazu gehören das ISF München, die Universität Freiburg, FBU Satzer, das WSI und die Universität Jena (vgl. auch www.pargema.de).

23 Vgl. Fußnote 13.

24 GRAziL steht für „Gestaltung, Umsetzung und Transfer von Instrumenten zum Ressourcenmanagement und zum Arbeitsschutz im Rahmen eines zielgruppenbezogenen Ansatzes für Leiharbeitnehmer in Entleihunternehmen“. Näheres dazu unter www.grazil.net.

entierte Gestaltungsansätze, u. a. unter Rückgriff auf Sachkundige Beschäftigte und Arbeitsgruppen, erprobt, umgesetzt und für die Übertragung auf weitere Unternehmen verallgemeinert. In beiden Projekten fungierten die Betriebsräte als Promotoren. Die Ergebnisse dieser Anwendungsforschung geben Hinweise darauf, dass die Synthese verschiedener Teilhabemodelle in der Praxis tatsächlich greifen kann.

6.3.3 Zwei Beispiele eines partizipativer Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Wie stark ein Beteiligungsprojekt betrieblich formalisiert werden muss, hängt von verschiedenen Faktoren ab; dazu zählen die politische Kultur der Austauschbeziehungen zwischen Management und Betriebsrat (konflikt- vs. konsensorientiert, vgl. Bosch et al., 1999), bereits vorhandene Erfahrungen mit Beschäftigtenteilhabe und die dabei erworbene Beteiligungskompetenz des Betriebsrats, aber auch das Rollenverständnis von Betriebsräten (Co-Manager, Stellvertreterpolitik oder auch Gegenmacht). Entsprechend vielgestaltig ist die betriebliche Praxis in Bezug auf den Regelungsgrad bei der Anwendung der Beteiligungsformen. Dazu zwei Beispiele:

Beispiel (1): In einem Maschinenbauunternehmen, das bereits Erfahrung mit der Beteiligung sachkundiger Beschäftigter nach § 80 Abs. 2 Satz 3 BetrVG gemacht und dazu eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen hat, wird das Zusammenspiel von informeller und formalisierter Beteiligung durch den Betriebsratsvorsitzenden wie folgt beschrieben:

> „Wenn es keine Widerstände dagegen gibt, dass ich Kollegen für meine Arbeit heranziehe, brauche ich auch keine Betriebsvereinbarung. Im Moment haben wir ja weitgehenden Freiraum, da bringt eine Betriebsvereinbarung gar nichts. Im Gegenteil, das schränkt uns am Ende nur mehr ein. Das heißt nicht, dass wir nicht eines Tages doch eine Betriebsvereinbarung dazu abschließen müssen. Aber so lange gilt die Devise: Alles, was nicht verboten ist, ist erlaubt."

Mit der neuen Gesetzgebung erhält der Betriebsrat Rechtssicherheit für eine Praxis, die vorher bereits zur Anwendung kam. Die positiven Erfahrungen mit sachkundigen Beschäftigten führen in diesem Unternehmen zu einer Verstetigung der Teilhabepraxis, die auch vom Management mitgetragen wird und nunmehr im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung, wie sie das Arbeitsschutzgesetz vorschreibt, erneut zur Anwendung kommen soll. Die Beteiligungskompetenz der Akteure ist in diesem Unternehmen vergleichsweise hoch, was sich u. a. darin äußert, dass alle zur Verfügung stehenden Freiräume genutzt werden. Entscheidend dabei ist, dass diese Frei-

räume rechtlich abgesichert sind – im Konfliktfall kann sich der Betriebsrat darauf berufen und ggf. durch eine Betriebsvereinbarung betrieblich spezifizieren.

Das Beteiligungsprojekt zur Durchführung der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen lässt sich anhand von drei Stufen systematisieren:

1) Bildung einer paritätisch besetzten Steuerungsgruppe
2) Befragungsaktion zur Erfassung psychischer Belastungen – Einbeziehung aller Beschäftigten
3) Bildung von Arbeitsgruppen auf der Abteilungsebene für die Maßnahmenableitung zur Minimierung der in der Befragung identifizierten Belastungsschwerpunkte

Die drei Stufen zeichnen sich in unterschiedlichem Maße durch ihren hybriden Charakter aus. In der ersten und dritten Stufe kann sowohl auf sachkundige Beschäftigte als auch auf Arbeitsgruppen zurückgegriffen werden. Die Befragungsaktion bezieht alle Beschäftigten ein, bedarf der Zustimmung der Geschäftsleitung – die wiederum durch die paritätische Besetzung der Steuerungsgruppe gesichert ist –, wird jedoch rechtlich nicht explizit geregelt. Die Sprecherrolle des Betriebsrats in der Steuerungsgruppe stellt sicher, dass die Beschäftigtenbefragung in keinem Moment aus dem flankierenden Schutz der institutionellen Mitbestimmung entlassen wird.

Beispiel (2): In einem zweiten Unternehmen, einem Verlagshaus, in dem der Betriebsrat zur Verbesserung des betrieblichen Gesundheitsmanagements auf Arbeitsgruppen nach § 28 a zurückgreifen will, vereinbaren Arbeitgeber und Betriebsrat verschiedene betriebliche Regelungen: Vor der Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung wurde ein dafür gebildeter paritätisch besetzter Lenkungskreis mit der Aufgabe betraut, eine Betriebsvereinbarung auszuarbeiten, die die wesentlichen Zuständigkeiten und den Ablauf der Gefährdungsbeurteilung festschreibt. Der Betriebsvereinbarung vorausgegangen war eine Verständigung zwischen den Betriebsparteien über die „zukünftige Aufwertung des Gesundheitsthemas“. Zwischen den relevanten Akteuren herrschte Einvernehmen darüber, dass es vor allem das Erfahrungswissen der Beschäftigten in Verbindung mit dem Sachverstand von Experten ist, das die Ursachen gesundheitlicher Beschwerden am Arbeitsplatz zu identifizieren und geeignete technische, organisatorische und/oder personenbezogene Lösungen zur Beseitigung dieser Belastungen zu erarbeiten vermag. Dieser Ansatz, Beschäftigte als Experten in eigener Sache nicht nur in Bezug auf Arbeitsinhalte, sondern

auch in Bezug auf gesundheitsrelevante Arbeitsbedingungen zu begreifen, schließt konzeptionell an ein Gesundheitsmanagement an, das auf ein Ineinandergreifen verhaltens- *und* verhältnispräventiver Maßnahmen setzt. Die Belegschaft forderte allerdings, einer Instrumentalisierung der partizipativ erarbeiteten Ergebnisse durch das Management vorzubeugen. Man wollte etwa verhindern, dass die von den Beschäftigten ursprünglich zur Beseitigung von Belastungen konzipierten Lösungsvorschläge in erster Linie der Ausschöpfung von Rationalisierungspotenzialen dienen. Dazu wurde in die „Betriebsvereinbarung zur Gesundheitsförderung im Betrieb" ein Passus aufgenommen, der regelt, wie mit den Ergebnissen von Beschäftigtenworkshops umgegangen wird:

> „Sollten im Rahmen der Workshops Effektivierungsvorschläge durch die Beschäftigten gemacht werden, so werden die daraus resultierenden Einsparungen in den ersten beiden Jahren des Projekts zu 100 % in die Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Gesundheitsförderung reinvestiert. In den darauf folgenden Jahren entscheidet der Lenkungskreis, zu welchen Teilen in Produktivität und Gesundheitsschutz investiert wird."

6.4 Fazit

Ausgehend von der deutschen Mitbestimmungskultur stellt der Beitrag einen Ansatz vor, der eine Antwort auf die daraus resultierenden Schwächen bei der Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen geben könnte. Die Schwächen bestehen darin, dass die traditionellen arbeitspolitischen Konzepte der relativ festgefügten Mitbestimmungsinstitutionen mit dem ständigen Wandel der Arbeitswelt und den daraus resultierenden neuen gesundheitlichen Belastungen vielfach nicht Schritt halten können. Gleichzeitig gelingt es in der Tradition der institutionellen Mitbestimmung weniger gut, direkte Partizipationsansprüche der Beschäftigten von heute zu befriedigen – also die Kluft zwischen Repräsentation und Partizipation zu überbrücken. Hierzu bedarf es eines Scharniers, das die Potenziale direkter Partizipation und repräsentativer Mitbestimmung miteinander verknüpft – Formen einer hybriden Partizipation, die die betriebliche Demokratie stärken und darüber zu einem nachhaltigen Schutz der Beschäftigtengesundheit kommen. Bei der Aufnahme dieser Beteiligungsinstrumente in das BetrVG im Jahr 2001 (§ 80 Abs. 2 Satz 3 und § 28 a) wurde zum einen auf die Erfahrungen der Humanisierungsprojekte zurückgegriffen, die zeigten, dass die Beschäftigten selbst am besten ihre Arbeitsbedingungen gestalten können und wollen. Zum anderen verweisen die Erfahrungen der 1990er-Jahre mit

der damals vom Management initiierten Partizipationsoffensive auf die Notwendigkeit, demokratische Beteiligung institutionell zu sichern.

Vor diesem Hintergrund geht der Beitrag von der Annahme aus, dass die vorgestellten hybriden Beteiligungsformen ein probates Mittel zur Verknüpfung verschiedener Teilhabeformen darstellen. Damit kann dem Wunsch von Beschäftigten Rechnung getragen werden, diese als Experten ihrer eigenen Gesundheit zu begreifen und an der Gestaltung darauf ausgerichteter Maßnahmen teilhaben zu lassen.

Literatur

Becker, I./Thomas, A. (2005). *Hilfe für den Betriebsrat. Wie sachkundige Arbeitsnehmer sinnvoll in die Arbeit des Betriebsrats einbezogen werden können.* Arbeitsrecht im Betrieb, (4), S. 209–213.

Becker, K. (2015). *Macht und Gesundheit. Der informelle Handel um die Vernutzung von Arbeitskraft.* Berliner Journal für Soziologie, 25 (1), S. 161–185.

Becker, K./Brinkmann, U./Engel, T. (2010). *Beteiligung in der Gefährdungsbeurteilung – der Weg zu einem nachhaltigen Gesundheitsmanagement.* In: Urban, H.-J./Schröder, L. (Hrsg.): Gute Arbeit. Handlungsfelder für Betriebe, Politik und Gewerkschaften. Frankfurt a. M.: Bund-Verlag, S. 282–298.

Becker, K./Brinkmann, U./Engel, T. et al. (2011). *Handbuch Gesundheit & Beteiligung. Neue Instrumente für den Gesundheitsschutz in Betrieben und Behörden.* Hamburg: VSA.

Becker, K./Engel, T. (2015). *Die Reduzierung des Schutzniveaus jenseits der Normmalarbeit.* WSI-Mitteilungen, (3), S. 178–187.

Benders, J./Huijgen, F./Pekruhl, U. (2000). *Gruppenarbeit in Europa: Ein Überblick.* WSI-Mitteilungen, 53 (6), S. 365–374.

Bieneck, H.-J. (2009). *Humanisierung des Arbeitslebens – Ein sozial- und forschungspolitisches Lehrstück.* Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 63 (2), S. 112–116.

Boltanski, L./Chiapello, È. (2003). *Der neue Geist des Kapitalismus.* Konstanz: Universitätsverlag Konstanz.

Bosch, A./Ellguth, P./Schmidt, R. et al. (1999). *Betriebliches Interessenhandeln. Zur politischen Kultur der Austauschbeziehungen zwischen Management und Betriebsrat in der westdeutschen Industrie.* Opladen: Leske + Budrich.

Brannen, P./Batstone, E./Fatchett, D. et al. (1976). *The Worker Directors. A Sociology of Participation.* London: Hutchinson.

Bronfenbrenner, K. (2000). *Uneasy terrain: The impact of capital mobility on workers, wages and union organizing: Project report for the U.S. trade deficit review commission.* New York: Cornell University State School of industrial and labor relations.

Bundesministerium für Forschung und Technologie (Hrsg.) (1979). *Programm-Forschung zur Humanisierung des Arbeitslebens.* Bonn.

Burawoy, M. (1979). *Manufacturing consent: Changes in the labor process under monopoly capitalism.* Chicago/London: University of Chicago Press.

Busch, M. (2003). *Arbeitsgruppen und Gruppenarbeit im Betriebsverfassungsgesetz.* Berlin: Tenea.

Crouch, C. (2004). *Post-democracy.* Cambridge: Polity Press.

Däubler, W. (1973). *Das Grundrecht auf Mitbestimmung und seine Realisierung durch tarifvertragliche Begründung von Beteiligungsrechten.* Frankfurt a. M.: Europäische Verlagsanstalt.

Deutscher Bundestag (2001). *Plenarprotokoll Stenographischer Bericht 77. Sitzung.* Berlin.

Dörre, K. (2002). *Kampf um Beteiligung: Arbeit, Partizipation und industrielle Beziehungen im flexiblen Kapitalismus.* Wiesbaden: Westdeutscher Verlag.

Eberwein, W./Tholen, J. (1990). *Managermentalität. Industrielle Unternehmensleitung als Beruf und Politik.* Frankfurt a. M.: FAZ.

Edwards, R. (1981). *Herrschaft im modernen Produktionsprozeß.* Frankfurt a. M.: Campus.

Ehlscheidt, C./Meine, H./Voigt, W. (2005). *Handbuch Arbeit – Entgelt – Leistung: Tarifanwendung im Betrieb.* 4. Auflage, Frankfurt a. M.: Bund.

Frick, B. (1999). *Die wirtschaftlichen Folgen der Mitbestimmung.* Frankfurt a. M.: Campus.

Frick, B./Kluge, N./Streek, W. (1999). *Die wirtschaftlichen Folgen der Mitbestimmung.* Frankfurt a. M.: Campus.

Fricke, E./Fricke, W./Schönwälder, M. et al. (1980). *Forschungsbericht HA80-025: Humanisierung des Arbeitslebens: Beteiligung und Qualifikation: Das Peiner Modell zur Humanisierung der Arbeit,* Band I: Kurzfassung, Forschungsinstitut der Friedrich-Ebert-Stiftung Abteilung Arbeitskräfteforschung, Bonn. http://edok01.tib.uni-hannover.de/edoks/e01fbdigf/533026113.pdf (30.09.2015).

Fricke, E./Notz, G./Schuchardt, W. (1982). *Beteiligung im Humanisierungsprogramm. Zwischenbilanz 1974 bis 1980.* Bonn: Verlag Neue Gesellschaft.

Fricke, W. (2014). *Aktionsforschung in schwierigen Zeiten.* In: Jostmeier, M./Georg, A./Jacobsen, H. (Hrsg.): Sozialen Wandel gestalten – Zum gesellschaftlichen Innovationspotenzial von Arbeits- und Organisationsforschung. Wiesbaden: Springer VS, S. 213–236.

Fricke, W. (2008). *Demokratische Beteiligung. Fundament einer Unternehmenskultur von unten.* In: Benthin, R./Brinkmann, U. (Hrsg.): Unternehmenskultur und Mitbestimmung. Betriebliche Integration zwischen Konsens und Konflikt. Frankfurt a. M./New York: Campus, S. 375–392.

Fricke, W. (2004). *Drei Jahrzehnte Forschung und Praxis zur Humanisierung der Arbeit in Deutschland – eine Bilanz. Wirtschaft, Demokratie und soziale Verantwortung.* In: Weber, W./Pasquolini, P.-P./Burtscher, C. H. (Hrsg.): Wirtschaft, Demokratie und soziale Verantwortung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht, S. 144–168.

Fürstenberg, F. (1958). *Der Betriebsrat – Strukturanalyse einer Grenzinstitution.* Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, (10), S. 418–429.

Gather, G. (1970). *Partizipation. Aspekte politischer Kultur. Geistige und strukturelle Bedingungen, Gestaltungsbereiche, Modelle und Partizipationsformen.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Gramm, R. (2005). *Experten in eigener Sache.* Die Mitbestimmung, (11), S. 54–57.

Greifenstein, R./Jansen, P./Kißler, L. (1993). *Gemanagte Partizipation: Qualitätszirkel in der deutschen und französischen Automobilindustrie.* München: Mehring.

Greifenstein, R./Kißler, L./Lange, H. (2011). *Trendreport Betriebsratswahlen 2010.* Arbeitspapier, Betriebliche Mitbestimmung und betriebliche Handlungshilfen, Nr. 231. Düsseldorf: GESIS Forschungserhebung.

Haipeter, T. (2010). *Betriebsräte als neue Tarifakteure: Zum Wandel der Mitbestimmung bei Tarifabweichungen.* Berlin: Edition Sigma.

Halal, W. E. (1996). *The New Management. Democracy and Enterprise are Transforming Organizations.* San Francisco: Berret-Koehler Publishers.

Hromadka, W./Maschmann F. (2007). *Arbeitsrecht.* Band 2. Kollektivarbeitsrecht und Arbeitsstreitigkeiten. Berlin: Springer.

Jürgens, U./Naschold, F. (Hrsg.) (1984). *Arbeitspolitik: Materialien zum Zusammenhang von politischer Macht, Kontrolle und betrieblicher Organisation der Arbeit.* Opladen: Westdeutscher Verlag.

Kädtler, J./Kottwitz, G. (1994). *Industrielle Beziehungen in Ostdeutschland: Durch Kooperation zum Gegensatz von Kapital und Arbeit?* Industrielle Beziehungen. Zeitschrift für Arbeit, Organisation und Management, 1 (1), S. 13–38.

Kempe, M. (1995). *Notgemeinschaft.* Die Mitbestimmung, (7), S. 44–47.

Kessler, I. (2010). *Financial Participation.* In: Bach, S. (Hrsg.): Personnel Management in Britain. 4. Auflage, Oxford: Blackwell, S. 338–361.

Kotthoff, H. (1994). *Betriebsräte und Bürgerstatus. Wandel und Kontinuität betrieblicher Mitbestimmung.* München/Mering: Rainer Hampp.

Lewin, D. (1983). *Implications of concession bargaining: Lessons from the public sector.* Monthly Labour Review, (33), S. 33–35.

Marchington, M./Wilkinson, A. (2005). *Direct Participation and Involvement. In: Bach, S. (Hrsg.): Personnel Management in Britain.* 4. Auflage, Oxford: Blackwell, S. 280–305.

Milbrath, L. W. (1965). *Political participation. How and why do people get involved in politics?* Chicago: Rand McNally.

Moldaschl, M. F./Voß, G. (2002). *Subjektivierung von Arbeit.* München/Mering: Rainer Hampp.

Müller-Jentsch, W. (1997). *Soziologie der industriellen Beziehungen. Eine Einführung.* Frankfurt a. M.: Campus.

Müller-Jentsch, W. (1998). *Krise oder Modernisierung der kollektiven Interessenrepräsentation? Über die Zukunft der Mitbestimmung.* In: Cattero, B. (Hrsg.): Modell Deutschland – Modell Europa: Probleme, Perspektiven. Opladen: Leske + Budrich, S. 139–158.

Naphali, F. (1926/1966). *Wirtschaftsdemokratie: Ihr Wesen, Weg und Ziel. Hrsg. im Auftrag des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes von Fritz Naphtali.* Verlagsgesellschaft des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes, Berlin.

Neubauer, G./Oehlke, P. (2009). *Gesellschaftliche Knotenpunkte arbeitspolitischer Programmentwicklung in Deutschland.* Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, 63 (2), S. 89–92.

Piorr, R./Wehling, P. (2002). *Betriebsratshandeln als unternehmerischer Erfolgsfaktor? Einflussnahme von Arbeitnehmervertretungen bei der Durchführung von Reorganisationsmaßnahmen.* Industrielle Beziehungen, 9 (3), S. 274–299.

Rehder, B. (2006). *Legitimitätsdefizite des Co-Managements. Betriebliche Bündnisse für Arbeit als Konfliktfeld zwischen Arbeitnehmern und betrieblicher Interessenvertretung.* Zeitschrift für Soziologie, 3 (35), S. 227–242.

Rehder, B. (2003). *Betriebliche Bündnisse für Arbeit in Deutschland. Mitbestimmung und Flächentarif im Wandel.* Frankfurt a. M./New York: Campus.

Röbenack, S. (2005). *Aber meistens nur einfach ein Kollege. Über die ersten Betriebsräte in Ostdeutschland.* München/Mering: Hampp.

Rosa, H. (2011). *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne.* Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Schmiede, R. (1995). *Informatisierung, Formalisierung und kapitalistische Produktionsweise.* In: Schmiede, R. H. (Hrsg.): *Virtuelle Arbeitswelten: Arbeit, Produktion und Subjekt in der „Informationsgesellschaft“.* Berlin: Edition Sigma, S. 15–48.

Senghaas-Knobloch, E. (1992). *Notgemeinschaft und Improvisationsgeschick: Zwei Tugenden im Transformationsprozeß.* In: Heidenreich, M. H. (Hrsg.): Krisen, Kader, Kombinate. Kontinuität und Wandel in ostdeutschen Betrieben. Berlin: Edition Sigma, S. 295–309.
Streeck, W./Kluge, N. (1999). *Mitbestimmung in Deutschland. Tradition und Effizienz.* Frankfurt a. M.: Campus.
Springer, R. (1999). *Rückkehr zum Taylorismus? Arbeitspolitik in der Automobilindustrie am Scheideweg.* Frankfurt a. M./New York: Campus.
Tietel, E. (2008). *Konfrontation – Kooperation – Solidarität. Betriebsräte in der sozialen und emotionalen Zwickmühle.* 2. Auflage, Berlin: Edition Sigma.
Vilmar, Fritz (Hrsg.) (1975). *Menschenwürde im Betrieb II. Industrielle Demokratie in Westeuropa.* Hamburg: Rowohlt.

7 Die Evaluation der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des betrieblichen Gesundheitsmanagements

DIETER AHRENS

Die zunehmende Verbreitung des betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) geht in den Industrienationen mit der Forderung des Nachweises des ökonomischen Nutzens zur Rechtfertigung der Programminvestitionen einher. Aus betriebswirtschaftlicher und volkswirtschaftlicher Perspektive erscheint diese Forderung in gewisser Weise nachvollziehbar. In der einschlägigen Literatur wird der ökonomische Nutzen des BGM mit einem Return on Investment (ROI) von 1 : 3 bis 1 : 6 beschrieben. Eine derart hohe Investitionsrendite wird von einigen Autoren stark bezweifelt. Vor der Beurteilung des gesundheitsökonomischen Nutzens steht die Analyse des gesundheitsbezogenen Nutzens, also die Analyse der Wirksamkeit der gesundheitsbezogenen Maßnahmen.
In diesem Beitrag werden die Grundlagen der ökonomischen Evaluation skizziert sowie der Forschungsstand zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit des BGM aufgezeigt. Es zeigt sich, dass die Wirksamkeit gesundheitsbezogener Interventionen als mäßig zu bewerten ist. Dies hätte zur Konsequenz, dass die Renditeerwartungen als deutlich überschätzt angesehen werden müssten.

Das betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) zeigt seit Jahren eine zunehmende Verbreitung. Bei der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung im Jahr 2012 gaben 44 % der Befragten an, dass in ihren Unternehmen Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF)[25] durchgeführt werden; im Jahr 2006 lag der Wert noch bei 36 % (vgl. Beck/Lenhardt, 2014).

Neben der Beschreibung der allgemeinen Verbreitung von BGF ist die Analyse der detaillierten Interventionen und Maßnahmen von besonderem Interesse. In der Befragung von Bödeker und Hüsing (2008) stellt die Bereitstellung ergonomischer Arbeitsmittel mit 59 % die häufigste Maßnahme dar, gefolgt von Arbeitsschutzmaßnahmen (52 %) und Mitarbeiterbefragungen (44 %). Allgemeine verhaltenspräven-

25 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) werden in der Praxis häufig synonym verwendet. In der Wissenschaft hat sich dagegen eine Differenzierung dahingehend entwickelt, dass BGF neben dem betrieblichen Arbeitsschutz und dem betrieblichen Eingliederungsmanagement ein Baustein eines umfassenden BGM ist (vgl. Oppolzer, 2010).

tive Interventionen, wie etwa Betriebssport (23 %), Ernährungsberatung (19 %) und Stressmanagementschulungen (17 %), wurden dagegen selten genannt; typische verhältnisorientierte Maßnahmen zur Reduktion von Arbeitsbelastungen wurden nicht erwähnt. Zok (2009) nennt in seiner Befragung höhere Werte: Durchführung von Vorsorge- und Gesundheitsuntersuchungen (61,6 %), Prüfung arbeitsgerechter Arbeitsplatzgestaltung (49,9 %), Mobbing-Prävention (45,3 %), Kantine mit Angeboten zur gesunden Ernährung (44,4 %) und betriebliche Sportgruppen (39,8 %). Hollederer (2007) erwähnt in seiner Analyse des IAB-Betriebspanels 2002 bzw. 2004 deutlich andere Werte. So liegt der Anteil der Unternehmen, die regelmäßig Krankenstandsanalysen und Mitarbeiterbefragungen durchführen, bei lediglich 9 bzw. 8 % und nur 6 % der Unternehmen bieten Kurse zum gesundheitsgerechten Verhalten an. Etwa 4 % der Betriebe implementieren betriebliche Gesundheitszirkel. Auch Bechmann et al. (2010) nennen verschiedene BGM-Aktivitäten, allerdings aus Sicht der befragten Unternehmen. Diese geben an, dass die zentralen Aktivitäten aus der Verbesserung des Arbeitsplatzes (93 %), der Optimierung der Arbeitsabläufe (88 %) und der regelmäßigen Analyse der betrieblichen Situation (83 %) bestehen. Als weitere wichtige Maßnahmen wurden Führungskräfte- und Mitarbeiterschulungen (40 bzw. 58 %) sowie die Einrichtung von Gesundheitszirkeln (47 %) genannt.

Der Medizinische Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. und der GKV-Spitzenverband berichten in ihrem Präventionsbericht 2014, dass die Reduzierung physischer Belastungen (74 %), das Stressmanagement (45 %) und die gesundheitsgerechte Gemeinschaftsverpflegung (35 %) am häufigsten in betrieblichen Interventionen thematisiert und dort integriert wurden. Des Weiteren wurden noch die gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung (28 %), die Förderung des Nichtrauchens (15 %) und die „Punktnüchternheit“[26] bei der Arbeit (3 %) genannt. Der Anteil der Gesundheitszirkel lag bei 19 %.

Die Frage nach dem gesundheitsökonomischen Nutzen des BGM erscheint auf den ersten Blick berechtigt, da nicht nur Unternehmen wissen möchten, ob ihre Investitionen gerechtfertigt erscheinen, sondern auch Kostenträger, Beitragszahler und nicht zuletzt die Gesellschaft ein Interesse daran haben sollte, dass öffentlich bereitgestellte Mittel einen Nutzen stiften. Allerdings zeigt sich in den wissenschaftlichen

26 Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat das Prinzip „Punktnüchternheit“ in die betriebliche Suchtprävention eingebracht. Es beinhaltet eine individuelle und/oder betriebliche Selbstverpflichtung zum völligen Alkoholverzicht im Betrieb (vgl. DHS, 2011).

und vor allem gesundheitspolitischen Diskussionen ein gewisses „normatives Problem"; fehlen doch für viele gesundheitsbezogene Interventionen in den Bereichen Kuration, Rehabilitation und Pflege jegliche Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweise. „Prävention ist die einzige medizinische Sparte, von welcher die Kurativmediziner, die Krankenversicherer, die Politiker und Behörden einen Wirksamkeitsnachweis fordern" beschreibt der Schweizer Gesundheitsökonom Kocher (2006, S. 229) zwar überspitzt, aber dennoch treffend, die gesundheitspolitische Schieflage der Diskussion. Die Frage nach dem gesundheitsökonomischen Nutzen wird nahezu ausschließlich in der Prävention und Gesundheitsförderung gestellt. Kurative, rehabilitative und pflegerische Interventionen werden dagegen häufig ohne Nachweis der Effektivität und Effizienz erbracht und finanziert.

Die Frage nach der Wirksamkeit gesundheitsbezogener Interventionen ist seit Jahren Gegenstand der Gesundheitssystemforschung. Nach internationalen Schätzungen variieren die Evidenznachweise der routinemäßig erbrachten Leistungen ganz erheblich (je nach Verständnis von Evidenz, nach Design, Setting und Zielgröße zwischen 10 und 80 %) (vgl. Neises/Windeler, 2001). Und auch das Clinical Evidence Handbook des British Medical Journal dokumentiert, dass mindestens die Hälfte der routinemäßig erbrachten (vor allem) kurativ-medizinischen Leistungen völlig ohne Evidenznachweis erbracht wird (vgl. Maynard, 2012).

Hervorzuheben ist, dass es hier lediglich um den Wirksamkeitsnachweis geht. Die Frage nach der Wirtschaftlichkeit oder gar dem Nachweis des ökonomischen (Netto-)Nutzens (also von Einsparungen) steht nicht zur Diskussion. Im Vergleich der vier Säulen der gesundheitsbezogenen Interventionen (Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) werden somit an Prävention und Gesundheitsförderung viel höhere Anforderungen gestellt als an die anderen.

Dies bedeutet aber gewiss nicht, Fragen nach der Wirtschaftlichkeit nicht stellen zu dürfen, sollten doch prinzipiell knappe Ressourcen im Gesundheitswesen dort zur Verfügung stehen, wo sie einen möglichst hohen Nutzen stiften. Im Sinne einer gleichen Behandlung der vier Sektoren sollten an die gesundheitsbezogenen Interventionen, gleich ob präventiver, kurativer, rehabilitativer oder pflegerischer Art, zumindest Wirksamkeitsanforderungen gestellt werden – und das so lange, bis die gesundheitsökonomischen Anforderungen für alle Interventionen die gleichen sind (vgl. Ahrens, 2008).

Insofern könnten die Verfechter des BGM darauf verweisen, dass ihre Interventionen zumindest plausibel die Gesundheit bzw. das Wohlbefinden der Zielgruppen verbessern könnten. Da es hinsichtlich der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit verschiedenster gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Betrieb aber reichlich Untersuchungsmaterial gibt, lohnt sich dennoch ein Blick auf die wissenschaftlichen Erkenntnisse.

7.1 Präventive Potenziale

Ausgehend von den Zielsetzungen der Prävention und Gesundheitsförderung lassen sich verschiedene präventive Potenziale des stärkeren Ausbaus dieses Sektors aufzeigen. Neben dem Ziel, die zukünftige Krankheitslast der Bevölkerung zu reduzieren, steht vor allem die Förderung und Verbesserung der Gesundheit bzw. des Wohlbefindens im Mittelpunkt (vgl. Ahrens, 2004).

Ein möglicher ökonomischer Nutzen wäre durch die Reduzierung der Krankheitslast, also der Senkung der zu erwartenden Krankheitskosten nachweisbar (vgl. Phillips, 2002). Hinzu kommen noch spezifische Effekte, die primär für Unternehmen relevant sein könnten, wie etwa die reduzierten Arbeitsunfähigkeitstage und die erhöhte Arbeitsproduktivität.

Seit einigen Jahrzehnten ist in den westlichen Industrienationen eine Verschiebung der Morbidität in die späteren Lebensjahre zu beobachten.

Fries (1980, 2005) und Fries et al. (1989, 2011) hat bzw. haben die These der *Kompression der Morbidität* in die gesundheitswissenschaftliche Diskussion eingeführt (vgl. Abb. 7.1). Sie konnten zeigen, dass vor allem chronisch-degenerative Erkrankungen im Vergleich unterschiedlicher Geburtskohorten in den jüngeren Geburtskohorten bei steigender Lebenserwartung erst später auftraten. Die Morbidität komprimiert sich ihrer Auffassung nach also vor dem Lebensende. Dies sei vor allem auf die Veränderung der Risikofaktoren zurückzuführen.

Dem gegenüber steht die These der *Expansion der Morbidität*, die besagt, dass eine steigende Lebenserwartung mit einer Zunahme der Bevölkerungsmorbidität einhergehe. Dies wurde bislang jedoch empirisch nicht belegt (vgl. Trachte et al., 2015). Abbildung 7.2 zeigt die beiden Thesen im Vergleich, ergänzt durch jüngere Arbeiten, die von einer Verschiebung von Morbidität und Mortalität (shift to the right) ausgehen (vgl. Kytir, 2007).

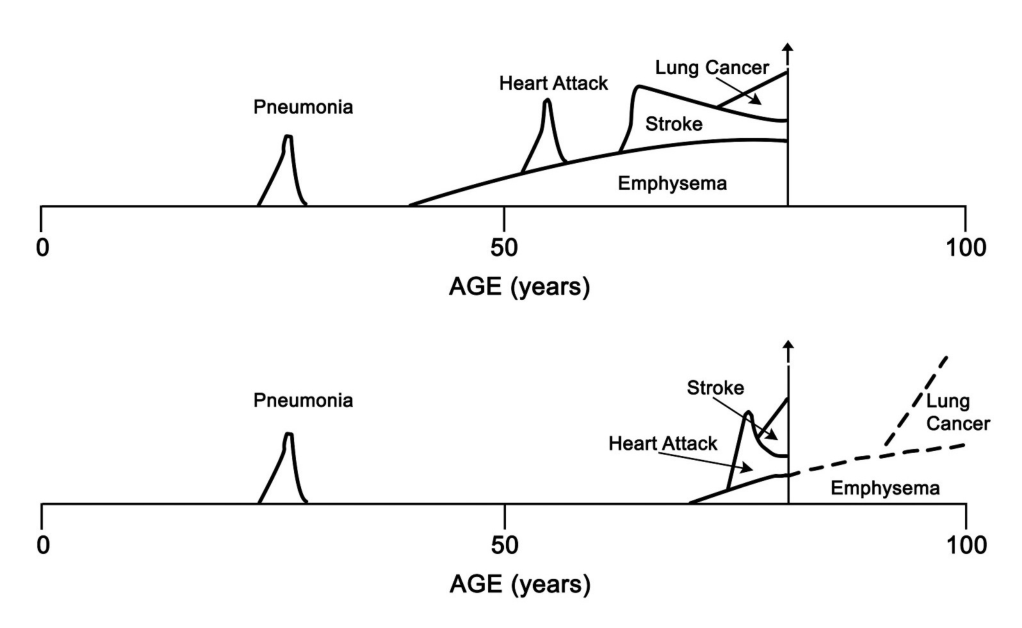


Abb. 7.1: Die Kompressionsthese nach James Fries (Fries, 1981, zitiert nach Groth, 2005, S. 160)

Aus der Veränderung der Morbidität ist jedoch ein präventives Potenzial abzuleiten: einerseits, indem man der Vermutung von Fries folgt, dass die Kompression (oder richtiger: Verschiebung) auf eine Reduktion von Risikofaktoren zurückzuführen ist, andererseits, indem man die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen in den letzten Jahrzehnten quasi als „unsystematische Gesundheitsförderung" interpretiert. Das Ziel moderner Gesundheitsförderungsmaßnahmen liegt nicht zuletzt darin, die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Bevölkerung zu verbessern. Insofern wären eine weitere Verschiebung der Morbidität und eventuell auch eine Kompression denkbar (vgl. Phillips, 2002). Mittlerweile zeigen zahlreiche weitere Studien, die auf Längsschnittanalysen von Versicherungsdaten bzw. auf Bevölkerungssurveys basieren, dass die Kompression der Morbidität als wahrscheinlich einzuschätzen ist (vgl. z. B. Fries et al., 2011; Trachte et al., 2015).

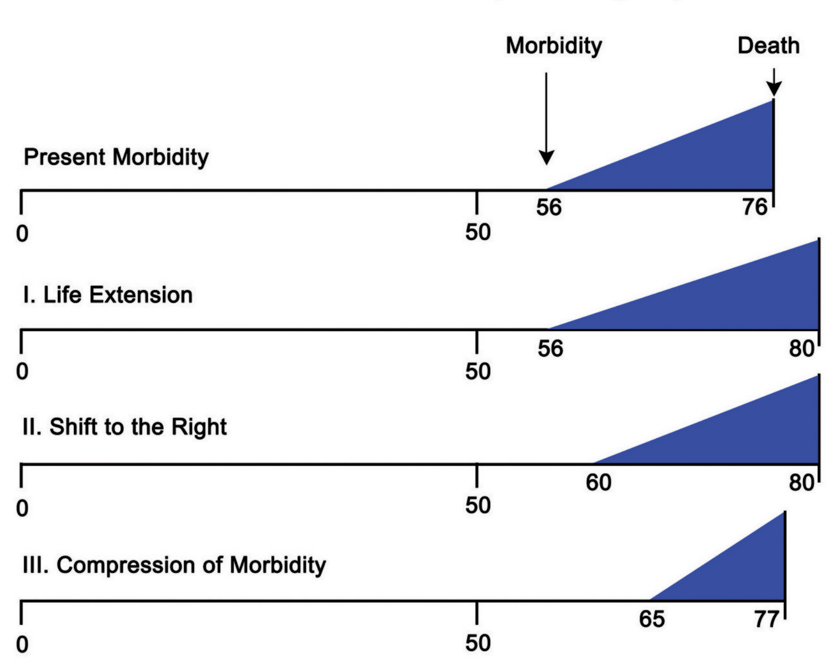


Abb. 7.2: Kompression oder Expansion der Morbidität (vgl. Fries, 2003, S. 456)

Untersuchungen aus den USA (National Long Term Care Survey) zeigen, dass viele Krankheiten, die früher im Alter von 65 Jahren „normal“ waren, heute erst im Alter von 75 Jahren auftreten. Der tatsächliche Verlauf chronischer Erkrankungen ist bei über 64-Jährigen um 15 % niedriger als es in den Jahren 1982–94 auf der Basis der in diesem Zeitraum vorhandenen Daten vorausberechnet wurde (vgl. Manton et al., 2007). Auch weit verbreitete Erkrankungen, wie kardiovaskuläre Krankheiten und Demenz, sind in diesem Zeitraum zurückgegangen. Der Rückgang chronischer Beeinträchtigungen zeigt sich in allen Altersgruppen, vor allem bei den Älteren. Er war von einer Reduktion wichtiger Risikofaktoren begleitet, wie Rauchen oder Bluthochdruck (vgl. Schwartz/Walter, 2012). Einen Rückgang chronischer Krankheiten und eine Verbesserung der Gesundheit bei 55- bis 70-jährigen (weißen) Amerikanern zeigt auch der Vergleich zweier Kohorten der Framingham Heart Study (Median der Geburtsjahre: 1914 und 1931). Die zweite Kohorte (geb. 1931) weist deutlich weniger

chronische Krankheiten und einen geringeren Schweregrad der Krankheitslast auf als die erste Kohorte (geb. 1914). Dies geht mit einem verbesserten Gesundheitsverhalten einher, d. h. mit vermehrter körperlicher Aktivität sowie geringerem Konsum legaler Drogen (vgl. Allaire et al., 1999; Walter, 2001). Die Veränderung des Gesundheitszustands in Deutschland war Gegenstand der Untersuchung von Dinkel (1999) bezogen auf Mikrozensus-Daten der Jahre 1978, 1980, 1982, 1986, 1989, 1992 und 1995. In der Studie wurden die Geburtsjahrgänge 1907, 1913 und 1919, Kohorten à 100.000 Personen, verglichen. Zwischen den Kohorten 1907 und 1913 zeigten sich leichte Zunahmen der zusätzlichen und gesund verbrachten Lebensjahre, z. B. in der Altersgruppe 71- bis 76-jähriger Männer: 24.419 zusätzliche Jahre und 3.733 weniger kranke Jahre. Im Vergleich der Kohorten 1907 und 1919 zeigten sich allerdings deutliche Verschiebungen zugunsten der Kohorte 1919, sowohl bei den zusätzlichen Lebensjahren als auch bei den „gesunden" Jahren (Altersgruppe 71- bis 76-jähriger Männer: 46.639 zusätzliche Jahre, 13.214 weniger kranke Jahre). Auch konnte diese Entwicklung im Vergleich der Kohorten 1913 und 1919 gezeigt werden (Altersgruppe 71- bis 76 jähriger Männer: 22.220 zusätzliche Jahre, 9.871 weniger kranke Jahre) (vgl. Dinkel, 1999).

Kühn (2001) verweist in seinem Gutachten zur künftigen Finanzierung der deutschen Krankenversicherung auf einige weitere Kohortenstudien und Gesundheitssurveys (z. B. Netherlands Health Interview Survey, Living Conditions Survey, Longitudinal Study of Aging), die jeweils vergleichbare Ergebnisse wie der oben dargestellte National Long Term Care Survey zeigen. Keine der Langzeitstudien und Bevölkerungssurveys deute allerdings auf eine Zunahme chronischer Erkrankungen hin, eher sei eine Stagnation und eine Verschiebung der Erkrankungszeitpunkte zu beobachten. Kytir (2007) wendet zu Recht ein, dass eine Kompression der Morbidität schon allein deshalb schwierig sei, weil die Lebenserwartung noch immer zunehme. Seiner Beobachtung nach verschieben sich die Morbidität und die Lebenserwartung in etwa gleichem Umfang (shift to the right, vgl. Abb. 7.2).

Die Frage nach dem präventiven Potenzial gesundheitsfördernder Interventionen lässt sich angesichts der hier skizzierten Verschiebung der Morbidität zunächst positiv beantworten. Nunmehr stellt sich die Frage, ob die bislang evaluierten Gesundheitsförderungs- und Präventionsmaßnahmen im Hinblick auf die mögliche Beeinflussung der Morbidität ebenfalls positiv beurteilt werden können.

7.2 Zum gesundheitsökonomischen Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die gesundheitsökonomische Evaluation stellt die Kosten einer gesundheitsbezogenen Intervention den Konsequenzen, bestehend aus erwünschten und unerwünschten Wirkungen, gegenüber. Zu den Kosten zählen vor allem Investitions- und laufende Betriebskosten, die bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen meist Personalkosten sind. Die Wirkungen sind sehr vielfältig und bestehen einerseits aus gewonnenen Lebensjahren, geringeren Krankheitskosten sowie reduzierten Arbeitsunfähigkeitstagen und andererseits aus gewonnener gesundheitsbezogener Lebensqualität (vgl. Godfrey, 2004; Ahrens, 2005).

Ein Nachweis eines gesundheits*ökonomischen* Nutzens setzt zunächst den Nachweis des gesundheits*bezogenen* Nutzens voraus, da eine gesundheitsbezogene Intervention per definitionem nicht wirtschaftlich sein kann, wenn sie nicht wirksam ist. Daher werden nun zunächst die derzeitigen Befunde zur Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen kurz dargestellt, um im Anschluss die Thematik des gesundheitsökonomischen Nutzens zu diskutieren.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gesundheitsbezogener Interventionen verwendet man üblicherweise das Methodenrepertoire der klinischen Epidemiologie, bei dem wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs) als Goldstandard der Erkenntnisgewinnung gilt. Tabelle 7.1 verdeutlicht die Gütestufen der Evidenz aus epidemiologischen Interventionsstudien.

Neben der Wahl des geeigneten Studiendesigns sind weitere Einflussfaktoren auf die methodische Qualität von Evaluationsstudien von Bedeutung. Nach Müller (2009) wären dies vor allem der *Selection Bias*, der *Performance Bias*, der *Attribution Bias* sowie der *Detection Bias*.

Zunächst ist die Generierung der Stichproben zu betrachten: Handelt es sich um Zufallsstichproben oder wurden Gesundheitsförderungsprogramme beworben; sprich: spielt die eigene Entscheidung zur Teilnahme an den Maßnahmen eine Rolle? Hier wäre zu prüfen, ob die Gesundheitsmotivation und insbesondere der Sozialstatus der Teilnehmer durch entsprechende Vergleiche mit einer Kontrollgruppe kontrolliert werden konnte. Ist die Verteilung der Probanden auf die Interventions- bzw. Kontrollgruppe nicht per Zufallsprinzip möglich, steigt die Gefahr eines *Selection Bias*.

Tab. 7.1: Hierarchie der Evidenz (Cochrane, 2014)

Stufe	Evidenz-Typ
Ia	wenigstens ein systematischer Review auf der Basis methodisch hochwertiger kontrollierter, randomisierter Studien (RCTs)
Ib	wenigstens ein ausreichend großer, methodisch hochwertiger RCT
IIa	wenigstens eine hochwertige Studie ohne Randomisierung
IIb	wenigstens eine hochwertige Studie eines anderen Typs quasi-experimenteller Studien
III	mehr als eine methodisch hochwertige nichtexperimentelle Studie
IV	Meinungen und Überzeugungen von angesehenen Autoritäten (aus klinischer Erfahrung); Expertenkommissionen; beschreibende Studien

Die Relevanz der Randomisierung der Probanden verdeutlicht eine Übersichtsarbeit von Ioannidis et al. (2001). Die Autoren haben systematisch nach klinischen Studien zu Themenbereichen gesucht, in denen sowohl randomisierte als auch nicht randomisierte Studien vorlagen. Sie fanden insgesamt 45 Themenbereiche, zu denen es sowohl randomisierte als auch nicht randomisierte Studien gab (insgesamt 408 Studien). Der Behandlungseffekt in nicht randomisierten Studien war „überzufällig“ größer: Bei 60 % wurde der Effekt um 50 % und bei einem Drittel der Studien um mehr als 200 % überschätzt. Auch wenn hier keine gesundheitsökonomischen Studien betrachtet wurden, darf davon ausgegangen werden, dass bei nicht randomisierten Studien ebenfalls eine erhebliche Überschätzung der Effekte zu erwarten ist.

Die Möglichkeit eines *Performance Bias* entsteht durch unterschiedliche Behandlungen der Probanden in der Interventions- bzw. Kontrollgruppe. Hier ist zunächst nicht die eigentliche Intervention gemeint, sondern evtl. unterschiedliche Betreuungsgrade oder unterschiedliche Beobachtungs- oder Befragungstechniken, die dazu führen, dass die Compliance der Probanden evtl. unterschiedlich ausfällt. In klinischen Studien würde man versuchen, durch Verblindung der Probanden eine Behandlungsgleichheit herzustellen, dies dürfte bei Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen allerdings schwierig sein, da es sich im Regelfall um personenbezogene Dienstleistungen handelt.

Der *Attribution Bias* beschreibt systematische Verzerrungen aufgrund von Studienabbrechern. In klinischen Studien geht man davon aus, dass Personen, die ihre Teilnahme an Studien beenden, sich von jenen, die in den Studien verbleiben, systematisch unterscheiden, z. B. hinsichtlich der Schweregrade von Krankheiten oder der Compliance. Die Konsequenz wäre, dass Studienergebnisse dadurch überschätzt werden könnten. Aufgrund dessen wird stets eine *Intention-to-treat-Analyse* empfohlen. Weiterhin von Bedeutung ist die Frage des Outcomes, mit dem der Erfolg der gesundheitsbezogenen Maßnahmen gemessen werden soll. In der evidenzbasierten Medizin (EBM) setzt sich inzwischen die Erkenntnis durch, dass sogenannte „patientenrelevante Endpunkte" wie Mortalität, Morbidität oder gesundheitsbezogene Lebensqualität zu verwenden sind. Diese Outcome-Maße sind für das BGM vermutlich nicht geeignet, da zwischen dem Zeitpunkt der Intervention und der Beobachtung des Erfolgs Jahre liegen dürften. Es wären allenfalls die Instrumente zur Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität denkbar (vgl. Altenhöner et al., 2014).

Zudem wäre hier noch der *Detection Bias* zu beachten, der systematische Verzerrungen durch das Wissen um die Gruppenzugehörigkeit beschreibt. Um diese Verzerrungen zu vermeiden, wird die Verblindung der Outcome-Messung empfohlen, d. h., dass neben der idealerweise stattfindenden Verblindung der Probanden auch die Personen, die die Outcome-Daten erheben, nicht wissen, welche Personen in der Interventions- und welche in der Kontrollgruppe waren (vgl. Müller, 2009).

Seit Jahren wird über die Problematik der wissenschaftlichen Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention mittels RCTs eifrig debattiert. Auf der einen Seite wird darauf verwiesen, dass Gesundheitsförderung und Prävention diverse Besonderheiten aufweisen, die eine Randomisierung und Verblindung unmöglich machen. Auf der anderen Seite wird entgegnet, dass eine Abschwächung der methodischen Ansprüche dazu führen könnte, dass erwünschte und unerwünschte Effekte über- bzw. unterschätzt werden könnten. Schmacke (2009) fasst die Diskussion zusammen und verweist darauf, dass es letztlich um die Frage gehe, welches Studiendesign für welche Fragestellungen angemessen sei.

Da im Folgenden die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gesundheitsbezogener Interventionen ausschließlich auf der Basis von systematischen Übersichtsarbeiten dargestellt werden, ist es wichtig, deren Bedeutung im Kontext verschiedener epidemiologischer Studien zu betonen. Systematische Reviews von RCTs gelten allgemein als höchste Evidenzstufe in der Evaluationsforschung. Insbesondere die systemati-

schen Reviews der Cochrane Collaboration sind aufgrund der sehr anspruchsvollen Review-Methodik innerhalb der Reviews noch einmal hervorzuheben. Sie gelten als die beste Quelle externer Evidenz (vgl. Kunz et al., 2009).

Zur Beurteilung der Wirtschaftlichkeit gesundheitsbezogener Maßnahmen wurden in den letzten vierzig Jahren verschiedene Evaluationsdesigns entwickelt, von denen die *Kosten-Wirksamkeits-Analyse*, die *Kosten-Nutzwert-Analyse* und die *Kosten-Nutzen-Analyse* als etabliert angesehen werden können.

Bei der *Kosten-Wirksamkeits-Analyse* werden die Kostenvergleiche zweier alternativer Interventionen den Wirksamkeitsvergleichen z. B. durch gerettete Lebensjahre gegenübergestellt. Auch wären diverse andere Wirksamkeitsmaße denkbar, z. B. reduzierte Krankheitstage bei präventiven Interventionen.

Die *Kosten-Nutzwert-Analyse* gilt als Weiterentwicklung der Kosten-Wirksamkeits-Analyse, da das Wirksamkeitsmaß „gerettete Lebensjahre" mit der gesundheitsbezogenen Lebensqualität kombiniert wird, woraus sich die Quality-adjusted life years (QALYs) ergeben.

Bei der *Kosten-Nutzen-Analyse* werden Kosten- und Nutzenvergleiche ausschließlich in monetären Einheiten ausgedrückt. Dieser gesundheitsökonomische Studientyp findet vor allem bei präventiven Maßnahmen Verwendung, indem die Kosten der Prävention dem Nutzen, z. B. durch vermiedene Krankheitskosten, gegenübergestellt werden. Weiterhin ließen sich auch die Kosten durch gesteigerte Produktivität oder durch reduzierte Arbeitsunfähigkeitstage dem sogenannten Return on Investment (ROI) zurechnen (vgl. Ahrens, 2008).

Die gesundheitsökonomische Evaluation der BGF ist mit zwei zentralen Evaluationsproblemen konfrontiert:

Erstens liegen zwischen der gesundheitsbezogenen Intervention und den möglicherweise eintretenden Effekten häufig mehrere Jahre bis Jahrzehnte. Dies ist primär durch den natürlichen Verlauf der meisten Krankheiten begründet. Haben doch z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Neubildungen häufig eine jahrzehntelange Entstehungsgeschichte, was eine langfristige Evaluierung, z. B. in Form von Kohortenstudien erfordert, die wiederum aus finanziellen und methodischen Gründen nur sehr schwer zu realisieren sein dürften. Darüber hinaus sind während dieses Beobachtungszeitraums verschiedenste Ereignisse denkbar, die den möglichen (meist plausiblen) ökonomischen Nutzen beeinträchtigen können. So könnten die Probanden z. B. trotz Gesundheitsförderung erkranken, da Gesundheitsförderung lediglich

Erkrankungswahrscheinlichkeiten bezogen auf Gruppen senken kann. Wählt man die Perspektive der Krankenversicherung, so könnte ein möglicher Nutzen der Gesundheitsförderung, bestehend aus reduzierten Krankheitskosten, allein dadurch nicht eintreten, dass die Versicherten eine andere Krankenversicherung wählen (in Gesundheitssystemen mit Kassenwahlfreiheit wie Niederlande, Deutschland oder Schweiz) oder sie könnten einen anderen Wohnsitz wählen, der außerhalb der Zuständigkeit der Krankenversicherung liegt, die ursprünglich die Gesundheitsförderungsmaßnahme finanziert hat (vgl. Ahrens, 2008).

Zweitens sind nach heutiger Kenntnis gesundheitsfördernde Interventionen im Setting Betrieb i. d. R. höchst komplexe und häufig soziale Interventionen (z. B. Personal- und Organisationsentwicklung), die sich einem klassisch epidemiologisch ausgerichteten Evaluationsdesign i. d. R. entziehen, da eine notwendige Standardisierung zur Reproduzierbarkeit der Ergebnisse häufig nicht möglich ist (vgl. Rosenbrock, 2006).

BGF im heutigen modernen Verständnis besteht aus gleichzeitigen Interventionen in den Bereichen Arbeitsbelastungen senken und Ressourcen stärken (vgl. Rosenbrock, 2006). Die Senkung der Arbeitsbelastungen könnte z. B. darin bestehen, dass Arbeitsabläufe verändert, Arbeitszeitmodelle erprobt oder das Führungsverhalten der Vorgesetzten auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter angepasst wird. Auch gehören Veränderungen der Arbeitsplatzumgebung, z. B. durch Senkung von Lärmbelastungen oder Luftverunreinigungen dazu. Zur Ressourcenstärkung werden heute z. B. das Stressmanagement oder die Steigerung der körperlichen Aktivität gezählt. Es wird deutlich, dass Gesundheitsförderungsinterventionen somit höchst organisationsindividuell und durch die parallelen Maßnahmen sehr komplex werden. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Gesundheit der Beschäftigten auch durch Umstände außerhalb des Unternehmens (Freizeit, Familie, Verkehr etc.) positiv und/oder negativ beeinflusst wird (vgl. Rosenbrock, 2006).

Exkurs: Zum Nutzen der Prävention

Obwohl gemeinhin die Auffassung vertreten wird, dass „Vorbeugen besser als Heilen" sei, zeigen verschiedene Studien und Reviews, dass diese Annahme häufig wissenschaftlich nicht bestätigt werden kann. Seit den „bestürzenden Erkenntnissen" (Mühlhauser, 2014, S. 210) der Hormonbehandlung von Frauen in der Menopause spricht Sackett, einer der Begründer der EBM, von „der Arroganz der Präventivme-

dizin“ (Sackett, 2002, S. 363). Seither mehren sich die Anzeichen, dass sich die positiven Wirkungen präventiven Handelns empirisch nicht halten lassen. Mühlhauser (2014) gibt einen Überblick: z. B. Vorbeugung mit Vitaminpräparaten, kochsalzreduzierte Diäten, Fischöl, Calciumergänzungen in der Nahrung, Bewegungs- und Sportprogramme bei älteren Menschen, jährliche Zahnuntersuchungen, Selbstabtasten der Brust.

Die Identifikation von Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist ein Paradebeispiel der Präventionsforschung. In der Framingham Heart Study und weiteren Kohortenstudien wurden Einflussfaktoren für das frühzeitige Auftreten von Herz-Kreislauf-Erkrankungen identifiziert: Bluthochdruck, hohe Cholesterinwerte und Rauchen. In einem der größten jemals konzipierten Präventionsprogramme, dem Multiple Risk Factor Intervention Trial (vgl. MRFIT, 1982), wurde daraufhin untersucht, ob durch gezielte Beeinflussung dieser Risikofaktoren die Inzidenz und Mortalität von Herz-Kreislauf-Erkrankungen gesenkt werden könne. Mehr als 12.000 Männer wurden sorgfältig ausgewählt und einem umfangreichen, sieben Jahre andauernden Präventionsprogramm unterzogen. Die Erkenntnisse waren laut Syme (1991) ernüchternd: Die Sterberate an Herz-Kreislauf-Erkrankungen zwischen Interventions- und Kontrollgruppe unterschied sich nicht, obwohl die Programmteilnehmer stark selektiert wurden und anfangs sehr gesundheitsbewusst waren. Zwar konnten diverse Risikofaktorenwerte wie Blutdruck, Cholesterin und Anzahl der Raucher positiv verändert werden, jedoch gab es keine Auswirkungen auf das zentrale Outcome Mortalität (vgl. Syme, 1991). In mehreren Cochrane-Reviews wurden diese Ergebnisse von Ebrahim et al. (zuletzt 2013) auf der Basis von mehreren Studien in verschiedenen Settings bestätigt. Die Beeinflussung vereinzelter Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen anhand sogenannter Multikomponentenprogramme reduziert nicht die Morbidität und Mortalität. Die Autoren weisen zudem darauf hin, dass eine Fortsetzung flächendeckender Präventionsprogramme, selbst mit einer Erweiterung des Multi-Risikofaktoren-Konzepts, nicht sinnvoll und wenig ertragreich sein dürfte. Die Fokussierung auf bestimmte Hochrisikogruppen sei eventuell zielführender, dies bedürfe jedoch einer empirischen Überprüfung (vgl. Ebrahim et al., 2013).

Die Beeinflussung von Risikofaktoren mit dem Ziel der Reduktion von Herz-Kreislauf-Morbidität und -Mortalität war auch Gegenstand der sogenannten Look Ahead Studie (Action for Health in Diabetes), der bisher größten und längsten In-

terventionsstudie zur Lebensstilberatung bei Diabetikern. Dank einer intensiven Intervention konnten diese ihr Körpergewicht deutlich reduzieren, doch die erhoffte schützende Wirkung auf kardiovaskuläre Erkrankungen blieb nach zehn Jahren aus. An dieser RCT hatten seit 2001 an 16 US-Zentren 5.145 übergewichtige oder adipöse Menschen mit Typ-2-Diabetes teilgenommen (vgl. The Look Ahead Group, 2013). Der Hälfte der Teilnehmer wurde ein intensives Lebensstilinterventionsprogramm angeboten. Die Diabetiker wurden in Gruppensitzungen und teilweise auch in Einzelgesprächen angehalten, nicht mehr als 1.200–1.800 kcal pro Tag zu sich zu nehmen, mit einem Anteil der Fette von unter 30 % und der Proteine von über 15 %. Zusätzlich sollten sie mindestens 175 Minuten in der Woche körperlich aktiv sein. Das Programm war im ersten Jahr sehr erfolgreich. Die Patienten verloren 8,5 % ihres Gewichts (gegenüber einer Reduktion von nur 0,7 % in der Kontrollgruppe, in der nur Informationsmaterialien ausgegeben wurden) und auch die Taille (minus 8 cm) nahm deutlich ab. Auch die Fitness stieg (um mehr als 1 metabolisches Äquivalent[27]). Der HbA1C-Wert, ein wichtiger Laborwert bei Diabetes, war auf durchschnittlich 6,6 % gefallen. Aber das Engagement der Teilnehmer ließ bereits im zweiten Jahr wieder nach. Das Körpergewicht und die Taille nahmen langsam wieder zu, die körperliche Fitness ging zurück und infolgedessen kam es zu einem Wiederanstieg des HbA1c-Werts. Er lag am Ende bei 7,2 % und nur knapp unter den Werten in der Kontrollgruppe. Signifikante Mortalitätseffekte konnten nach über neun Jahren nicht beobachtet werden. Nach einer Zwischenauswertung im Jahr 2012 wurde die Studie abgebrochen (vgl. The Look Ahead Group, 2013).

Die Überbetonung sogenannter Lebensstilfaktoren kritisiert Vallgårda (2011), indem sie darauf hinweist, dass die meisten Zivilisationskrankheiten zwar auf „falsches“ Gesundheitsverhalten zurückzuführen seien, nahezu alle Krankheiten darüber hinaus aber weitere Erkrankungsursachen aufweisen, die ihrerseits das Gesundheitsverhalten beeinflussen. In der Konsequenz könnten allein auf die Veränderung des Gesundheitsverhaltens zielende Maßnahmen stets nur scheitern. Sie schlussfolgert, dass das gesamte Konstrukt „lifestyle diseases“ irreführend sei und vermieden werden sollte. Ähnliche Schlussfolgerungen zieht auch Syme (1991) aus

27 Ein metabolisches Äquivalent (MET) ist ein Maß, um verschiedene körperliche Aktivitäten miteinander vergleichen zu können. Ein MET entspricht dem Sauerstoffverbrauch in vollkommener Ruhe eines durchschnittlichen Erwachsenen mit 3,5 ml Sauerstoff pro kg Körpergewicht pro Minute oder einem Kalorienverbrauch von 1 kcal je kg Körpergewicht pro Stunde (vgl. Winkler et al., 2012).

der erwähnten MRFIT-Studie: Ohne die Berücksichtigung der das Gesundheitsverhalten der Menschen beeinflussenden Faktoren werden seiner Auffassung nach auch zukünftige Herz-Kreislauf-Präventionsprogramme scheitern. Als Lösung schlägt er vor, dass Public-Health-Maßnahmen auf Veränderungen in der Community abzielen sollten.

Für ähnliches Aufsehen in der Wissenschaft sorgte das Review zum Nutzen sogenannter „health checks" für Gesunde des Nordic-Cochrane-Zentrums in Kopenhagen (vgl. Krogsboll et al., 2012). Die Autoren fassten die Ergebnisse von 16 RCTs mit mehr als 180.000 Probanden zusammen und kamen zum Ergebnis, dass Gesundheitsuntersuchungen nicht geeignet sind, die Morbidität und Mortalität an Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebs zu beeinflussen (vgl. Krogsboll et al., 2012). Donner-Banzhoff und Perleth (2014) kommentierten das Review mit dem Hinweis, dass die zusammengefassten Studien sehr alt seien und die dort untersuchten Methoden heute ohnehin nicht mehr angeboten würden. Dass in den Studien keine Effekte nachweisbar waren, läge primär daran, dass man heute über Interventionsmöglichkeiten verfüge (z. B. Statine und Blutdrucksenker in der kardiovaskulären Prävention), die damals noch nicht zur Verfügung standen. Gotzsche (2014) betont dagegen eindringlich, dass das Anbieten von Früherkennungsmaßnahmen erst dann erfolgen sollte, wenn der patientenrelevante Nutzen (Morbidität bzw. Mortalität) zweifelsfrei erwiesen sei. Davon könne derzeit keine Rede sein, weshalb er empfiehlt, derlei Angebote „gesetzlich zu untersagen" (Gotzsche, 2014, S. 1).

„Klassische" Präventionsmaßnahmen (Lebensstilinterventionen und Gesundheitsuntersuchungen) gelten mittlerweile zumindest als umstritten. Ihre Wirksamkeit (und demzufolge auch ihre Wirtschaftlichkeit) konnte bislang nicht eindeutig belegt werden, eher im Gegenteil: Die Mehrzahl der inzwischen methodisch hochwertigen Reviews deutet darauf hin, dass die Verhinderung von Herz-Kreislauf- und Krebserkrankungen mit herkömmlichen und weit verbreiteten Präventionsaktivitäten nicht gelingen wird. Allerdings besteht hier noch erheblicher Forschungsbedarf. Die betrachteten Präventionsstudien sind relativ alt, sie fokussierten bislang nicht spezifische Zielgruppen oder Settings und sie thematisierten überwiegend damals typische Präventionsaktivitäten, wie etwa Beratung oder Aufklärung und vernachlässigten z. B. Zusammenhänge zwischen Stress und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Erkenntnisse aus den Lerntheorien zum Gesundheitshandeln (vgl. Siegrist, 2015).

7.3 Evaluation komplexer Interventionen

Die Studienlage zur Wirksamkeit präventiver Interventionen zeigt, dass der Wirksamkeitsnachweis und das methodische Vorgehen quasi in einem inversen Verhältnis zueinander stehen. Dies lässt sich auf zweierlei Weise interpretieren. Einerseits zeigt sich, dass auf einzelne Risikofaktoren abzielende Interventionen wahrscheinlich nicht erfolgreich sind. Andererseits scheint es so zu sein, dass Interventionen, die gleichzeitig mehrere Risikofaktoren verändern sollen, durch klassische klinisch-epidemiologische Evaluationsverfahren nicht zu bewerten sind. Ansprüche wie etwa die Strukturgleichheit ließen sich durch Cluster-Randomisierungen noch erfüllen, die Behandlungsgleichheit dagegen eher nicht, eben weil die sinnvollerweise miteinander interagierenden Interventionen eine Komplexität erzeugen, die kaum reproduzierbar ist. Daher erscheint es ratsam, für komplexe Interventionen im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung passende (komplexe) Evaluationsdesigns zu entwickeln. Interventionen gelten i. d. R. als komplex, wenn mehrere interagierende Komponenten und verschiedene Komplexitätsdimensionen, z. B. bzgl. der Outcomes, der Zielgruppen oder der Durchführenden vorhanden sind (vgl. Kuhn et al., 2012). Diese Konzeptualisierung folgt der gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnis, dass Gesundheit und Krankheit ein multifaktorielles Geschehen darstellt (vgl. Schnabel, 2005), in dem stets ein Bündel unterschiedlicher Belastungs- und Ressourcenfaktoren zusammenspielen, um erklären zu können, warum Menschen erkranken bzw. nicht erkranken oder eben gesunden bzw. nicht gesunden.

Gegenwärtig sind zwei Evaluationsströmungen zu beobachten: Einerseits entwickelt sich dem Qualitätssicherungsmodell von Donabedian (1988) folgend eine eher beschreibende Herangehensweise der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität, anhand dessen eine plausible Abfolge des geplanten Vorgehens gesundheitsförderlicher Ergebnisse erzielt werden soll (vgl. Müller, 2009). Andererseits erfolgt eine Weiterentwicklung klassisch epidemiologischer Evaluationsdesigns, z. B. cluster-randomisierte, nicht randomisierte und cluster-kontrollierte Studien, ein kontrollierter Vorher-Nachher-Vergleich, unterbrochene Zeitserien oder natürliche Experimente (vgl. Gerhardus et al., 2015).

Gegenwärtig lässt sich als Zwischenfazit festhalten, dass Prävention und Gesundheitsförderung noch immer ein erhebliches Potenzial besitzen, der Beleg der Wirksamkeit jedoch aufgrund der Komplexität der diversen Gesundheitsdeterminanten

noch eine Herausforderung darstellt. Im Folgenden wird nun der Forschungsstand zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit präventiver Interventionen im Setting Betrieb dargestellt.

7.4 Wirksamkeit primärpräventiver Interventionen im Setting Betrieb

In einer von Goldgruber und Ahrens (2009) publizierten Übersichtsarbeit wurden 17 Reviews eingeschlossen, die den Forschungsstand zur Wirksamkeit von BGF-Maßnahmen zusammenfassen. Die Erkenntnisse wurden nach den zentralen Interventionsbereichen Stress, körperliche Aktivität und Ernährung, Rauchen, Ergonomie und Rückenschmerzen sowie Organisationsentwicklung zusammengefasst. Die Wirksamkeit einzelner Interventionen ist limitiert. Dies kann aber auch dadurch beeinflusst werden, dass es trotz einer Flut von Interventionen immer noch nur relativ wenige qualitativ hochwertige Wirksamkeitsstudien gibt. Über verhaltenspräventive (z. B. Stressmanagementprogramme) Maßnahmen werden deutlich stärkere Effekte berichtet als über verhältnispräventive (z. B. Organisationsentwicklung), wofür u. a. forschungsmethodische Gründe verantwortlich sind. Mit umfassenden Programmen – bestehend aus verhaltens- und verhältnispräventiven Elementen – können die größten Effekte erzielt werden. Von den 70 nach ihrer jeweiligen Evidenzstufe kategorisierten Interventionen waren 48 (68,6 %) wirksam, wohingegen für 22 Interventionen (31,4 %) in den analysierten Reviews keine Effekte nachgewiesen werden konnten. Eine getrennte Betrachtung verhaltens- und verhältnispräventiver Interventionen kommt zum gleichen Ergebnis. Genau die Hälfte der analysierten Interventionen besteht aus überwiegend verhaltenspräventiven, die andere Hälfte aus überwiegend verhältnispräventiven Elementen. Innerhalb dieser beiden Bereiche liegt wiederum für je elf Interventionen keine Evidenz vor (31,4 %), während die verbleibenden 24 Interventionen Effekte zeigen (68,6 %).

In der Folgezeit erschienen zahlreiche systematische und unsystematische Reviews, die im IGA-Report 28 (vgl. Pieper/Schröer, 2015) zusammengefasst wurden. Die Reviews betrachteten unterschiedlichste Fragestellungen (z. B. zur Bewegungsförderung, Ernährung, Nikotinentwöhnung, Mehrkomponentenprogramme) und hatten divergierende Ansprüche an die methodische Güte der einbezogenen Studien.

Pieter und Wolf (2014) fassten 15 Studien bzgl. der Effekte betrieblicher Intervention zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden metaanalytisch zusammen. Die Einzelinterventionen variierten erheblich und auch die methodische Qualität der Studien war häufig begrenzt. Die Autorinnen kritisierten bei allen Studien verschiedenste Aspekte, z. B. fehlende Kontrollgruppen, keine Randomisierung, zu kurzer Beobachtungszeitraum. Insgesamt errechneten sie aber einen mittleren Effekt und formulierten weiteren Forschungsbedarf.

Rongen et al. (2013) fassten die Wirksamkeit unterschiedlichster BGF-Maßnahmen ebenfalls metaanalytisch zusammen. Sie beschränkten sich auf RCTs mit den Themen Raucherentwöhnung, körperliche Aktivität, gesunde Ernährung, Gewichtsreduktion und den Outcome-Maßen subjektive Gesundheit, Arbeitsfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit, und Arbeitsproduktivität. In der Metaanalyse wurden 18 Studien mit 21 beschriebenen Interventionen zusammengefasst. Die Gesamt-Effektivität war klein (Effektstärke 0,24). Je höher die methodische Qualität der Studie, desto geringer die Effektstärke und je jünger die Studienpopulation, desto höher die Effekte.

7.5 Wirtschaftlichkeit primärpräventiver Interventionen im Setting Betrieb

Möchte man nun zusätzlich den gesundheitsökonomischen Nutzen der BGF untersuchen, verkompliziert sich das Studiendesign noch einmal beträchtlich. Hier müssen nicht nur die Wirksamkeitsparameter erfasst und vergleichend evaluiert werden, sondern hinzukommen auch noch Analysen des Ressourcenverbrauchs für den Interventionsaufwand sowie gesundheitsökonomische Ergebnisparameter (z. B. eingesparte Krankheitskosten, reduzierte Arbeitsunfähigkeit), wobei auch hier eindeutig ein Zusammenhang zwischen Intervention und Ergebnis nachzuweisen ist (vgl. Ahrens/Schott, 2004).

Seit etwa zwanzig Jahren wird die Wirtschaftlichkeit präventiver Interventionen im Setting Betrieb systematisch untersucht. Mittlerweile dürften einige hundert Studien durchgeführt worden sein, die in mehreren systematischen Reviews zusammengefasst wurden (z. B. Ahrens/Schott, 2004; Sockoll et al., 2008; Chapman, 2012; Pieper/Schröer, 2015).

Hinsichtlich des ökonomischen Nutzens der BGF sind derzeit keine eindeutigen Aussagen möglich. Zwar werden in den aktuelleren Reviews Kosten-Nutzen-Ver-

hältnisse von 1 : 2,73 bis 1 : 3,27 genannt (vgl. Chapman, 2012; Pieper/Schröer, 2015), d. h. für eine investierte Geldeinheit kann ein monetärer Nutzen von zwei bis drei Geldeinheiten erzielt werden; auffällig ist aber, dass frühere gesundheitsökonomische Reviews noch ROI von 1 : 5 bis 1 : 10,1 auswiesen (vgl. Walter et al., 2011). Die durchaus kritische Diskussion dieser Reviews mag dazu beigetragen haben, dass der methodische Anspruch die Nutzenbewertung mit der Zeit etwas relativiert hat. Dennoch sind derartige Renditen von Investitionsmaßnahmen vergleichsweise ungewöhnlich und wurden von Glöde und Ducki (2011) als „wundersame Geldvermehrung“ (Glöde/Ducki, 2011, S. 131) kritisiert. Ihr Hauptkritikpunkt besteht in den zunächst völlig unplausiblen Gesamtwerten. Ein ROI von 1 : 3,27 z. B. würde eine Rendite von 227 % bedeuten. Die Aussagekraft bisheriger ökonomischer Evaluationsstudien gesundheitsförderlicher Maßnahmen leidet an häufig uneinheitlichen und wenig transparenten Bewertungsregeln. Meist werden Grundlagen der Kostenkalkulation, wie etwa die Unterschiede zwischen Teil- und Vollkostenrechnung bei Programmen mit variierenden Teilnehmerzahlen, nicht beachtet bzw. zumindest nicht publiziert. Wirtschaftlichkeitsanalysen verlieren dadurch ihre Reproduzierbarkeit (vgl. Glöde/Ducki, 2011). Darüber hinaus ist die Qualität der durchgeführten Studien als mäßig einzuschätzen. Hauptkritikpunkte sind relativ kurze Beobachtungszeiten, fehlende oder fehlerhafte Randomisierung sowie vor allem die Selbstselektion der Programmteilnehmer. In den meisten Studien werden die Krankheitskosten von Programmteilnehmern bzw. -nichtteilnehmern miteinander verglichen. Dabei wird regelmäßig vergessen, dass Teilnehmer an Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Regelfall gesundheitsbewusster sind als andere (vgl. Bauer/Bittlingmayer, 2012). Die häufig nicht vergleichbaren Gruppen in Evaluationsstudien sind daher das zentrale Argument, auch im Bereich von Prävention und Gesundheitsförderung RCTs zu fordern (vgl. Schmacke, 2009).

Den Zusammenhang zwischen dem ROI und der Studienqualität untersuchten Baxter und Kollegen (2014) in einem umfangreichen Review aus 51 Einzelstudien. Insgesamt wurden in den Studien 261.901 Probanden und 122.242 Kontrollen aus neun Branchen in zwölf Staaten eingeschlossen. Die methodische Qualität wurde anhand von Checklisten für die Bewertung gesundheitsökonomischer Studien der Campbell- und Cochrane-Review-Gruppen, der Checkliste des britischen National Institutes of Clinical Excellence und des Centers of Reviews and Dissemination der Universität York bewertet. Diese Checklisten gelten als methodisch anspruchsvoll

und bilden die inhaltliche Grundlage für die Guidelines zur Erstellung gesundheitsökonomischer Evaluationsstudien (vgl. Drummond/Jefferson, 1996). Es wurden lediglich Studien eingeschlossen, die eine vollständige gesundheitsökonomische Evaluation darstellten, d. h., dass stets zwei Vergleichsalternativen betrachtet wurden. Fünfzehn Studien erreichten einen Qualitätsscore von über 75 %, 14 Studien zwischen 50 und 75 % und 22 Studien weniger als 50 %. Die Qualität der Studien verbesserte sich im Laufe der Zeit. Der Gesamt-ROI der betrachteten Studien lag bei 1 : 1,38. Die Berücksichtigung der Qualitätsscores ergab folgendes Bild: Die Studien der höchsten Qualitätsstufe erreichten ein mittleres ROI in Höhe von 1 : 0,26, in der mittleren Qualitätsstufe 1 : 0,90 und in der untersten Qualitätsstufe 1 : 2,32. Studien auf der Basis von RCTs zeigten ein negatives ROI 1 : –0,22. Nicht randomisierte Studien, Beobachtungsstudien und Modellierung zeigten jeweils höhere ROI-Werte.

Ausgehend von der Tatsache, dass gesundheitsbezogene Interventionen nicht wirtschaftlich sein können, wenn sie nicht wirksam sind, wird der gesundheitsökonomische Nutzen derzeit erheblich überschätzt. Die Studienlage zur Wirksamkeit zeigt eher schwache Effekte, demzufolge können die ökonomischen Effekte auch nur gering sein. Dieser Fund wird allerdings durch obige Aussagen bzgl. der passenden Evaluationsansätze für Prävention und Gesundheitsförderung relativiert. Dass der derzeit nachzuweisende ökonomische Nutzen bestenfalls gering ist, bedeutet nicht, dass er tatsächlich auch gering ist. Es wären lediglich Evaluationsdesigns notwendig, die besser auf die Besonderheiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements zugeschnitten sind.

7.6 Fazit

Aus zahlreichen Untersuchungen mit unterschiedlicher Methodik zur Veränderung der Morbidität im Vergleich von Geburtskohorten ist zu beobachten, dass die wesentlichen Zivilisationserkrankungen in jüngeren Generationen später im Leben auftreten. Als Ursachen werden allgemein die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen genannt, die man auch als „unsystematische Gesundheitsförderung“ auffassen könnte. Hervorzuheben ist, dass Morbidität veränderbar ist, somit deutet sich das präventive Potenzial relativ deutlich an und Prävention und Gesundheitsförderung erhalten dadurch zunächst eine plausible Legitimierung.

Ideen und Programme zur Förderung der Gesundheit von Bevölkerungen bzw. Bevölkerungsgruppen in Settings wurden seit etwa 30 Jahren entwickelt und national

und international zahlreich erprobt. Heute versteht man die Komplexität der Entstehungsbedingungen von Gesundheit und Krankheit deutlich besser und hat demzufolge verschiedene Interventionsansätze konzipiert. So weist Rosenbrock (2006, S. 57) darauf hin, dass Gesundheitsförderung im Setting Betrieb stets als „Systemeingriff" zu interpretieren sei, bei dem sowohl Arbeitsbelastungen als auch Gesundheitsressourcen gleichermaßen betrachtet werden müssen.

Im Zuge der Evidenzbasierung gesundheitsbezogener Interventionen verdichtet sich das Bild, dass auf einzelne Risikofaktoren abzielende Präventionsbemühungen (z. B. körperliche Aktivität, Ernährung) in aller Regel – wenn überhaupt – nur kurzfristig wirksam sind. Die zahlreichen Studien zur Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit gesundheitsfördernder Maßnahmen im Setting Betrieb zeigen, dass die beobachteten Effekte umso geringer sind, je höher die methodische Qualität der Studien ist. Es ist davon auszugehen, dass die oftmals zitierten ROIs aus diesem Grund deutlich überschätzt werden. Gesundheitsfördernde Interventionen sind im Regelfall komplexe Interventionen, was es demzufolge braucht, sind Evaluationsverfahren, die dieser Komplexität angemessen sind.

Literatur

Ahrens, D. (2008). *Ökonomischer Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: Gastager, F. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen Eisenbahnwesen. Wien: Boehlau, S. 105–134.

Ahrens, D. (2005). *Gesundheitsökonomische Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderung*. In: Schott, T. (Hrsg.): Eingliedern statt ausmustern. Weinheim: Juventa, S. 230–248.

Ahrens, D. (2004). *Ökonomische Aspekte gesundheitsbezogener Interventionen im Setting Betrieb*. In: Ahrens, D./Güntert, B. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden: Nomos, S. 191–220.

Ahrens, D./Schott, T. (2004). *Betriebswirtschaftliche und gesundheitsökonomische Aspekte des betrieblichen Gesundheitsmanagements*. In: Bertelsmann-Stiftung/Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Verlag Bertelsmann-Stiftung, S. 1–69.

Allaire, S./LaValley, M./Evans, S. et al. (1999). *Evidence for decline in disability and improved health among persons aged 55 to 70 years: The Framingham Heart Study*. American Journal of Public Health, 89 (11), S. 1678–1683.

Altenhöner, T./Köhler, M./Philippi, M. et al. (2014). *Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements*. Prävention und Gesundheitsförderung, (9), S. 3–9.

Bauer, U./Bittlingmayer, U. (2012). *Zielgruppenspezifische Gesundheitsförderung.* In: Hurrelmann, K./Razum, O. (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. Weinheim: Juventa, S. 693–728.

Baxter, S./Sanderson, K./Venn, A. J. et al. (2014). *The relationship between return on investment and quality of study methodology in workplace health promotion programs*. American Journal of Health Promotion, 28 (6), S. 347–363.

Bechmann, S./Jäckle, R./Lück, P. et al. (2010). *Motive und Hemmnisse für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Umfrage und Empfehlungen*. IGA-Report, (20). www.iga-info.de (26.02.2015).

Beck, D./Lenhardt, U. (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme, Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2006 und 2012*. Gesundheitswesen, Online first.

Bödeker, W./Hüsing, T. (2008). *Einschätzungen der Erwerbsbevölkerung zum Stellenwert der Arbeit, zur Verbreitung und Akzeptanz von betrieblicher Prävention und zur krankheitsbedingten Beeinträchtigung der Arbeit 2007*. IGA-Report, (12). www.iga-info.de (26.02.2015).

Chapman, L. (2012). *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2012 Update*. American Journal of Health Promotion, 26 (4), S. 1–12.

Cochrane (2014). *Von der Evidenz zur Empfehlung (Klassifikationssysteme)*. www.cochrane.de/Evidenz-Empfehlung (21.05.2015).

DHS – Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (2011). *Qualitätsstandards in der betrieblichen Suchtprävention und Suchthilfe.* http://www.dhs.de/fileadmin/user_upload/pdf/Arbeitsfeld_Arbeitsplatz/Qualitaetsstandards_DHS_2011.pdf (09.06.2015).

Dinkel, R. (1999). *Demographische Entwicklung und Gesundheitszustand*. In: Häfner, H. (Hrsg.): Gesundheit – unser höchstes Gut? Berlin: Springer, S. 61–84.

Donabedian, A. (1988). *The quality of care – how can it be assessed?* JAMA, (260), S. 1743–1748.

Donner-Banzhoff, N./Perleth, M. (2014). *Ist die Gesundheitsuntersuchung nach § 25 SGB V noch zeitgemäß?* ZEFQ, (108), S. 183–184.

Drummond, M./Jefferson, T. (1996). *Guidelines for authors and peer reviewers of economic submissions to the BMJ*. BMJ, 313 (7052), S. 275–283.

Ebrahim, S./Taylor, F./Ward, K. et al. (2013). *Multiple risk factor intervention for primary prevention of coronary heart disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, CD001561.

Fries, J. (2005). *The compression of morbidity*. The Milbank Quarterly, 83 (4), S. 801–823.

Fries, J. (2003). *Measuring and monitoring success in compressing morbidity*. Annals of Internal Medicine, 139 (5), S. 455–459.

Fries, J. (1980). *Aging, natural death and the compression of morbidity.* NEJM, 303 (3), S. 130–135.

Fries, J./Bruce, B./Chakravarty, E. (2011). *Compression of Morbidity 1980–2011: a focused review of paradigms and progress*. Journal of Aging Research, doi:10.4061/2011/261702.

Fries, J./Green, L./Levine, S. (1989). *Health promotion and the compression of morbidity*. Lancet, 1 (8636), S. 481–483.

Gerhardus, A./Rehfuss, E./Zeeb, H. (2015). *Evidenzbasierte Verhältnisprävention und Gesundheitsförderung: welche Studiendesigns brauchen wir?* ZEFQ, 109 (1), S. 40–45.

Glöde, D./Ducki, A. (2011). *Die Effizienz betrieblicher Gesundheitsförderung.* Prävention und Gesundheitsförderung, (6), S. 131–137.

Godfrey, C. (2004). *Gesundheitsökonomische Evaluation der Gesundheitsförderung*. In: Ahrens, D./Güntert, B. (Hrsg.): Gesundheitsökonomie und Gesundheitsförderung. Baden-Baden: Nomos, S. 99–124.

Goldgruber, J./Ahrens D. (2009). *Gesundheitsbezogene Interventionen in der Arbeitswelt – Review über die Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung und Primärprävention.* Prävention und Gesundheitsförderung, (4), S. 83–95.

Gotzsche, P. (2014). *General health checks don't work – it is time to let them go*. BMJ, (348), g3680.

Groth, H. (2005). *Klinische Forschung in/mit der Hausarztmedizin*. Primary Care, 5 (7), S. 160.

Hollederer, A. (2007). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse des IAB-Betriebspanels 2002 und 2004*. Gesundheitswesen, (69), S. 63–76.

Ioannidis, J./Heidich, A. B./Pappa, M. et al. (2001). *Comparison of evidence of treatment effects in randomized and non randomized studies*. JAMA, 286 (7), S. 821–830.

Kocher, G. (2006). *Vorsicht Medizin.* Bern: Ott.

Krogsboll, L. T./Jorgensen, K. J./Gronhoj Larsen, C. et al. (2012). *General health checks in adults for reducing morbidity and mortality from disease*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 10 No.: CD009009.

Kuhn, J./Lampert, T./Ziese, T. (2012). *Einführung ins Thema: Komplexe Interventionen – komplexe Evaluationen? Evaluation komplexer Interventionsprogramme in der Prävention: lernende Systeme, lehrreiche Systeme?* Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Berlin: RKI.

Kühn, H. (2001). *Finanzierbarkeit der gesetzlichen Krankenversicherung*. WZB, P01–204.

Kunz, R./Khan, K./Kleijnen, J. et al. (2009). *Systematische Übersichtsarbeiten und Meta-Analysen*. Bern: Huber.

Kytir, J. (2007). *Altern gesamtpolitisch bewältigen*. Vortrag am 03.10.2007, Graz.

Manton, K./XiLiang, G./Lowrimore, G. (2007). *Cohort changes in active life expectancy in US elderly population.* Journal of Gerontology, 63 (5), S. 269–281.

Maynard, A. (2012). *The powers and pitfalls of pay for performance*. Health Economics, (21), S. 3–12.

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (2014). *Präventionsbericht 2014*. www.gkv-spitzenverband.de (23.05.2015).

MRFIT – Multiple Risk Factor Intervention Trial Research Group (1982). *Multiple Risk Factor Intervention Trial – Risk Factor Change and Mortality Results*. JAMA, 248 (12), S. 1465–1477.

Mühlhauser, I. (2014). *Zur Überschätzung des Nutzens der Prävention*. ZEFQ, 108 (4), S. 208–218.

Müller, V. (2009). *Qualität in der Gesundheitsförderung: eine Methode für Alle(s)?* In: Kolip, P./ Müller V. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, S. 41–60.

Neises, G./Windeler, J. (2001). *Wie viel ist „evidenzbasiert"? Eine Übersicht zum aktuellen Forschungsstand*. ZäFQ, (95), S. 95–104.

Oppolzer, A. (2010). *Gesundheitsmanagement im Betrieb: Integration und Koordination menschengerechter Gestaltung der Arbeit*. Frankfurt a. M.: VSA.

Phillips, P. (2002). *The rising cost of health care: can demand be reduced through more effective health promotion?* Journal of Evaluation in Clinical Practice, 8 (4), S. 415–419.

Pieper, C./Schröer, S. (2015). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Prävention*. IGA-Report, (28). www.iga-info.de (13.05.2015).

Pieter, A./Wolf, G. (2014). *Effekte betrieblicher Interventionen zur Stressreduktion auf das Wohlbefinden*. Prävention und Gesundheitsförderung, (9), S. 144–150.

Rongen, A./Robroek, S./van Lenthe, F. et al. (2013). *Workplace health promotion – a meta-analysis of effectiveness*. American Journal of Preventive Medicine, 44 (4), S. 406–415.

Rosenbrock, R. (2006). *Betriebliche Gesundheitsförderung als Systemeingriff*. In: Bödeker, W./Kreis, J. (Hrsg.): Evidenzbasierung in der Gesundheitsförderung. Bremerhaven: NW-Verlag, S. 57–71.

Sackett, D. (2002). *The arrogance of preventive medicine*. CMAJ, 167 (4), S. 363–364.

Schmacke, N. (2009). *Was bringt ein evidenzbasierter Ansatz in Prävention und Gesundheitsförderung?* In: Kolip, P./Müller, V. (Hrsg.): Qualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Bern: Huber, S. 61–74.

Schnabel, P. E. (2005). *Grundlagen der Gesundheitswissenschaften*. In: Kerres, A./Seeberger, B. (Hrsg.): Gesamtlehrbuch Pflegemanagement. Berlin: Springer, S. 159–187.

Schwartz, F. W./Walter, U. (2012). *Altsein – Kranksein*. In: Schwartz, F. W. et al. (Hrsg.): Das Public Health Buch. München: Urban und Schwarzenberg, S. 167–186.

Siegrist, J. (2015). *Arbeitswelt und stressbedingte Erkrankungen*. München: Urban & Fischer.

Sockoll, I./Kramer, I./Bödeker, W. (2008). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006*. IGA-Report, (13). www.iga-info.de (13.05.2015).

Syme, L. (1991). *Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Gesundheit und Krankheit.* Jahrbuch für Kritische Medizin, (17), S. 94–111.

The Look Ahead Group (2013). *Cardiovascular effekts of intensive lifestyle intervention in type 2 diabetes.* NEJM, 369 (2), S. 145–154.

Trachte, F./Sperlich, S./Geyer, S. (2015). *Kompression oder Expansion der Morbidität?* Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 48 (3), S. 255–262.

Vallgårda, S. (2011). *Why the concept „lifestyle diseases" should be avoided.* Scandinavian Journal of Public Health, (39), S. 773–775.

Walter, U. (2001). *Präventionspotenziale für ein gesundes Altern*. GGW, 1 (1), S. 21–26.

Walter, U./Plaumann, M./Dubben, S. et al. (2011). *Gesundheitsökonomische Evaluationen in der Prävention und Gesundheitsförderung*. Prävention und Gesundheitsförderung, (6), S. 94–101.

Winkler, S./Hebestreit, A./Ahrens, W. (2012). *Körperliche Aktivität und Adipositas*. Bundesgesundheitsblatt, 55 (1), S. 24–34.

Zok, K. (2009). *Stellenwert und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht der Arbeitnehmer*. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2008. Heidelberg: Springer, S. 85–100.

III
Ausgewählte zielgruppenspezifische Herausforderungen

8 Veränderungen in der Arbeitswelt: Auswirkungen auf die Gesundheit von Männern und Frauen

BARBARA REUHL

Der internationale Wettbewerb und technologische Innovationen treiben die aktuelle Umbruchsituation in der Arbeitswelt an. Sie erzeugen neue Anforderungen, Unsicherheit und Leistungsdruck in allen Bereichen und auf allen Ebenen der Arbeitswelt und wirken sich auch auf die geschlechtsspezifischen Tätigkeiten, Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten aus.
Der Wandel kann Lernanreize und ein höheres Maß an Autonomie und Flexibilität für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer erzeugen, wenn die Beschäftigungsverhältnisse und Arbeitsbedingungen flexibler auf individuelle Bedürfnisse, z. B. zur Vereinbarung von Beruf und Familie, abgestimmt werden. Die Ökonomisierung aller Bereiche und Ebenen der Arbeitswelt verlangt den Beschäftigten jedoch auch eine gesteigerte Leistungsbereitschaft und ein höheres Durchhaltevermögen ab, führt zu steigenden Anforderungen vor allem an die Psyche und verstärkt den Druck zur permanenten Selbstoptimierung. Weil die Grenzen zwischen Erwerbs- und Privatbereich zerfließen, verändern sich auch die Bedingungen für die Regeneration, was die Risiken für vorzeitigen gesundheitlichen Verschleiß erhöht. Die Geschlechtersegregation des Arbeitsmarkts, Unterschiede im Belastungsgeschehen und bei den Bedingungen für gesundheitlichen Schutz und Regeneration führen zu ungleichen gesundheitlichen Chancen von Männern und Frauen. Diese werden im folgenden Beitrag thematisiert.

8.1 Arbeit, Geschlecht und Gesundheit

Die Stellung auf dem Arbeitsmarkt, die Arbeitsbedingungen, Arbeitsschutz und Prävention, individuelle Lebenslagen und die Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, im Kontext der Veränderungen in der Arbeitswelt beeinflussen Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit (vgl. Abb. 8.1). Geschlechterunterschiede und Benachteiligung hinsichtlich der gesundheitlichen Risiken und Ressourcen von Frauen und Männern aus der Erwerbsarbeit sind weniger auf das biologische Geschlecht, als vielmehr auf sozial geprägte Geschlechterrollenbilder und strukturelle Faktoren, also auf das sozi-

ale Geschlecht zurückzuführen. Auch andere Faktoren wie Lebensalter, Behinderung oder Ethnie können eine Rolle für das Zustandekommen von geschlechtsspezifischen Ungleichheiten und Benachteiligungen spielen.

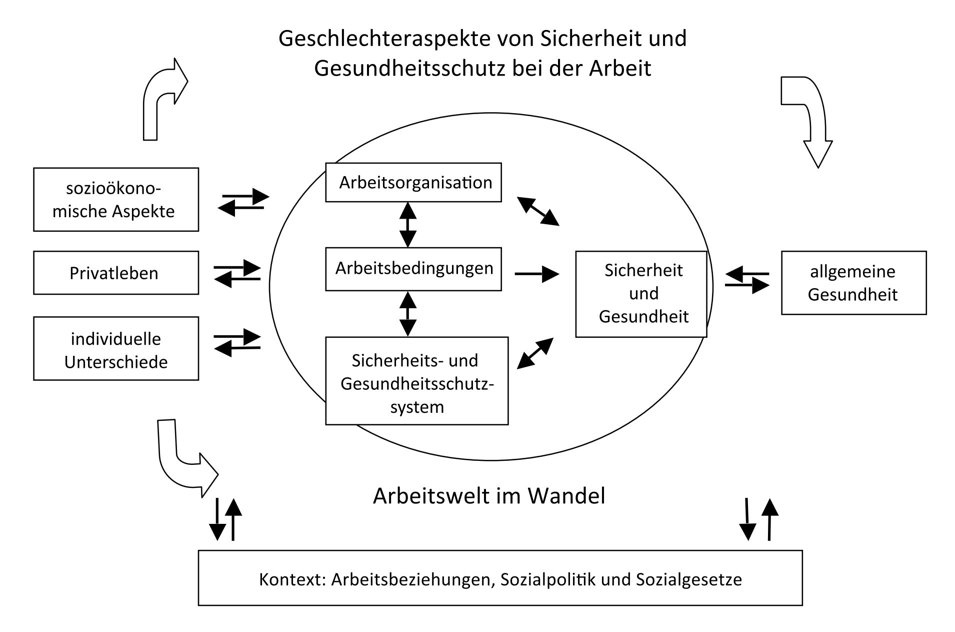


Abb. 8.1: Modell für die Beeinflussung der Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit durch geschlechtsspezifische Unterschiede (vgl. EU-OSHA, 2003)

8.1.1 Geschlechtersegregation des Arbeitsmarkts

Trotz Annäherung der Bildungsabschlüsse und Qualifikationen, Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf und der positiven Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt hat sich an der horizontalen und vertikalen Segregation des Arbeitsmarkts nach Geschlecht nur wenig geändert. Inzwischen machen Frauen in Deutschland fast die Hälfte der Beschäftigten aus (38,2 Mio. im Jahr 2014) – das entspricht einem Zuwachs von 21 % seit 1991, vor allem im wachsenden Dienstleistungssektor (vgl. Brenke, 2015, S. 82 ff.; Wanger, 2015). Das Arbeitsvolumen der weiblichen Beschäftigten stieg zeitgleich nur um 4 %, denn Frauen arbeiten überwiegend Teilzeit oder in geringfügigen Beschäftigungsverhältnissen (vgl. Kap. 10). 2014 waren 11 Mio. Frauen in allen Altersgruppen teilzeitbeschäftigt, fast doppelt so viele wie 1991; weniger als

15 Stunden wöchentlich sind vor allem Frauen beschäftigt (2011: jede siebte abhängig beschäftigte Frau). Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit lag 2014 fast unverändert bei 38,3 Stunden wöchentlich; überlange tatsächliche Arbeitszeiten betreffen vor allem Männer, in allen Tätigkeitsbereichen und Qualifikationsstufen, mit steigender Tendenz. Männer sind nach wie vor überwiegend in Vollzeitarbeitsverhältnissen tätig, sodass sich der Abstand zwischen den wöchentlichen Arbeitszeiten von Frauen und Männern in den vergangenen 25 Jahren vergrößert hat (vgl. Wanger, 2014; WSI, 2015a).

Die Familiengründung ist nach wie vor eine entscheidende Phase für den Erwerbsverlauf: Die überwiegende Zahl der Frauen reduziert ihre Arbeitszeit bei der Geburt des ersten Kindes, steigt nach der Erziehungszeit auf geringfügige oder anderweitig prekäre Beschäftigung um und findet nur schwer wieder Anschluss an Vollzeitarbeit. Damit gehen im Vergleich zu männlichen Erwerbstätigen schlechtere Chancen auf einen beruflichen Aufstieg und den Aufbau einer eigenständigen sozialen Absicherung einher (vgl. Ziegler/Graml, 2011; Strauß/Ebert, 2010): Mütter haben kürzere, Väter längere Arbeitszeiten als Beschäftigte ohne Kinder, wobei die Arbeitszeit von Frauen mit der Anzahl der Kinder noch weiter sinkt. Mütter sind deutlich häufiger in Teilzeit tätig als Frauen ohne (minderjährige) Kinder. Grund für Teilzeitarbeit sind bei Müttern familiäre Verpflichtungen, bei Frauen ohne Kinder das fehlende Angebot einer Vollzeitstelle. Männer sind seltener aufgrund von Betreuungsaufgaben, sondern häufiger aufgrund einer Aus- oder Weiterbildung in Teilzeit tätig (vgl. WSI, 2015a).

Männliche und weibliche Beschäftigte verteilen sich unterschiedlich auf die Branchen (vgl. Abb. 8.2) und Berufe. Weniger als 20 % der Männer arbeitet in einem der zehn häufigsten „Männerberufe“, aber 30 % der Frauen in einem der zehn häufigsten „Frauenberufe“ (vgl. Eisenmenger et al., 2014, S. 553 ff.): „Pflege, Erziehung, Reinigung sowie einfache Büro- und Schreibtätigkeiten sind Domänen von Frauen, technische und verarbeitende Berufe sind Domänen von Männern.“ (Hausmann/Kleinert, 2014, S. 1)[28] Innerhalb der Branchen haben männliche und weibliche Beschäftigte un-

28 Das Berufswahlverhalten lässt hier wenig Veränderung erwarten, da Geschlechterstereotype bei Schulabgängern und Schulabängerinnen, in der Berufsberatung und bei der Personalauswahl von Unternehmen fortwirken (vgl. Beicht/Walden, 2014, S. 5 ff.; Gaucher et al., 2011). Auch bei den Studienfächern zeichnet sich wenig Wandel ab; nach wie vor konzentrieren sich die männlichen Studierenden auf Ingenieurwissenschaften, Mathematik und Naturwissenschaften, Studentinnen auf gesellschafts- und kulturwissenschaftliche Studiengänge, Medizin und Gesundheitswissenschaften (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014a, S. 34 f.).

terschiedliche Qualifikationen, Tätigkeiten und Positionen inne. So beträgt z. B. der Frauenanteil in der Informations- und Telekommunikationsbranche (ITK-Branche) insgesamt knapp ein Drittel, mit abnehmender Tendenz in den letzten zehn Jahren; 15 % der Fachkräfte, 4,4 % der Beschäftigten auf der mittleren und 3 % auf der obersten Führungsebene waren im Jahr 2014 weiblich (vgl. Will-Zocholl/Kämpf, 2015, S. 70 ff.). EU-weit nahm der Anteil von Frauen in Führungspositionen zwischen 1991 und 2010 um sieben Prozentpunkte auf 33 % zu; weibliche Vorgesetzte sind überwiegend Frauen vorgesetzt (vgl. Eurofound, 2012, S. 2).

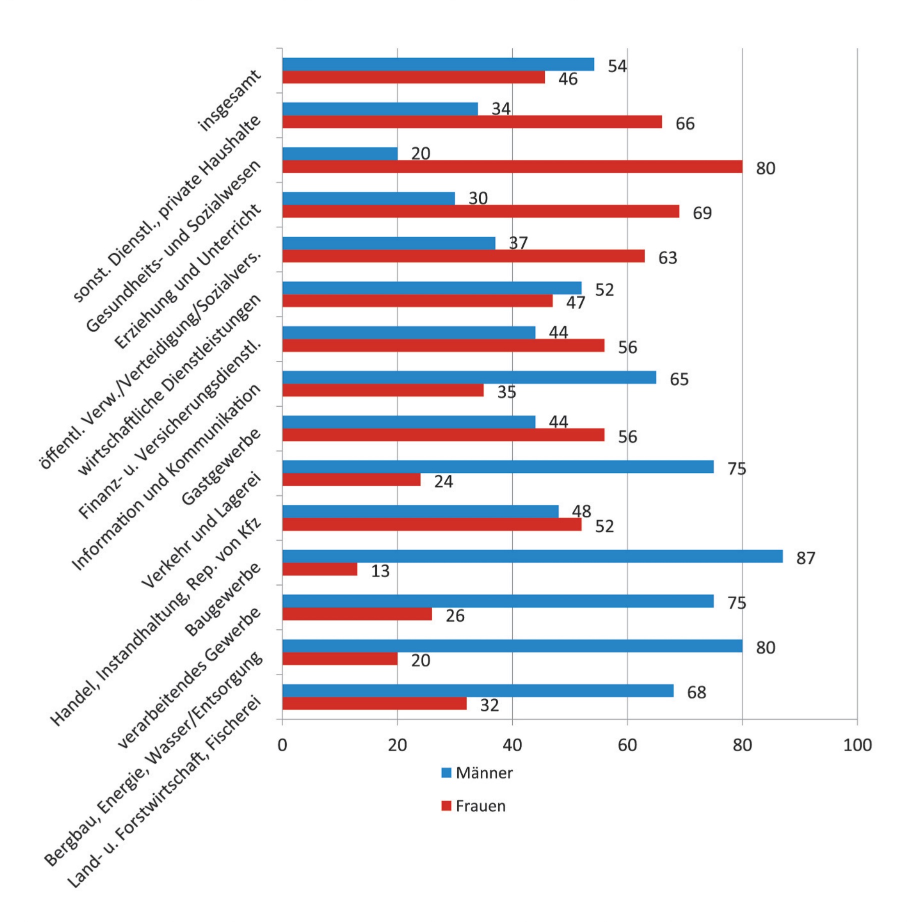


Abb. 8.2: Sozialversicherungspflichtige Vollzeit- und Teilzeitbeschäftigung nach Branche und Geschlecht, Anteile in Prozent, Deutschland Juni 2013 (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2014, S. 15)

Geschlechterunterschiede bestehen auch im Hinblick auf die Beschäftigtenstruktur; so arbeiten kontinuierlich deutlich mehr Frauen als Männer in ausschließlich geringfügiger Beschäftigung. Von atypischen Beschäftigungsformen[29] sind Frauen besonders im Gesundheits- und Sozialwesen, in Erziehung und Unterricht und in Privathaushalten betroffen, Männer im verarbeitenden Gewerbe und in der Logistik. Frauen und Männer sind im Handel und im Gastgewerbe und vor allem in den wirtschaftlichen Dienstleistungen atypisch beschäftigt. Seit 2004 hat sich die Zahl der Beschäftigten in der Zeitarbeit insgesamt mehr als verdoppelt; der Anteil der Frauen ist auf gut ein Viertel gestiegen (vgl. Statistische Ämter des Bundes und der Länder, 2012, S. 64; Bundesagentur für Arbeit, 2014; WSI, 2015a).

Auch Produktivität und Arbeitsvolumen in den Branchen bilden Geschlechterunterschiede ab: Frauendominierte Betriebe sind kleiner, erwirtschaften geringere Umsätze und haben ein niedrigeres Lohnniveau als Betriebe mit überwiegendem Männer- oder ausgeglichenem Geschlechteranteil. Durchschnittliche Verdienste und die Chancen für Karriere und Aufstieg in Frauenberufen sind geringer als in Männerberufen (vgl. Bechmann et al., 2013, S. 24 f.). In Kleinbetrieben ist seltener eine Interessenvertretung vorhanden (vgl. Ellguth/Kohaut, 2015), die sich für den Abbau von Belastungen und den Schutz der Gesundheit aufgrund ihrer umfassenden Beteiligungsrechte im Arbeitsschutz wirksam einsetzen könnte.

Weibliche Beschäftigte werden zukünftig in besonderem Maß von arbeitsbedingten Belastungen betroffen sein: Ihr Anteil an Erwerbsarbeit steigt, atypische Beschäftigung und atypische Arbeitszeiten nehmen bei Frauen zu, vor allem im wachsenden Dienstleistungssektor. Die Vereinbarkeit mit familiären Aufgaben wird weiterhin eine große Rolle spielen. Frauen sind stärker von Diskriminierung, Gewalt und sexueller Belästigung, von höheren und Mehrfachbelastungen betroffen, insbesondere von Muskel-Skelett-Erkrankungen und Stress, und ihre Belange werden weniger geschützt, da die Belastungen an den Arbeitsplätzen von Frauen im Vergleich zu den Arbeitsbelastungen von Männern vom Arbeitsschutz eher unterschätzt und vernachlässigt werden (vgl. EU-OSHA, 2013a).

29 Dazu zählen Teilzeitarbeit, geringfügige Beschäftigung (Minijob), Zeitarbeit, Befristung, Praktika, Solo-Selbstständigkeit und Werkvertragsarbeit.

8.1.2 Arbeitsschutz: noch überwiegend geschlechtsblind

Kern des Arbeitsschutzes ist laut Arbeitsschutzgesetz die Verpflichtung des Arbeitgebers zur Schaffung einer geeigneten betrieblichen Organisation mit dem Ziel der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit und der Verhütung oder Minimierung definierter, aus der Arbeitstätigkeit resultierender Risiken. Die Logik des Arbeitsschutzes folgt den EU-weit geltenden politischen Prämissen der Deregulierung und des Bürokratieabbaus: Das Arbeitsschutzgesetz schreibt keine konkreten Maßnahmen vor, sondern formuliert einen Rahmen, der vom Arbeitgeber in seinem Betrieb auf Grundlage der Ermittlung und Beurteilung der arbeitsplatzbezogenen Gefährdungen passgerecht auszufüllen ist, um die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten bei der Arbeit zu verbessern. Es gelten weitreichende Mitbestimmungsrechte der betrieblichen Interessenvertretung sowie Rechte und Pflichten der Beschäftigten.

Der Arbeitsschutz ist präventiv und am Stand von Technik und Wissenschaft auszurichten, unter Verknüpfung von Technik, Arbeitsorganisation, Arbeits- und Umweltbedingungen. Doch Vorschriften und Rahmenbedingungen des Arbeitsschutzes sind vorwiegend auf das Normalarbeitsverhältnis, auf eher großbetriebliche Strukturen und körperlich-stoffliche Belastungen ausgerichtet. Dem Wandel der Arbeitsbedingungen wird der Arbeitsschutz damit gegenwärtig genauso wenig gerecht wie der Notwendigkeit einer geschlechtersensiblen und geschlechtergerechten Praxis. Entscheider und Akteure im Arbeitsschutz (Arbeitgeber, Führungskräfte, Arbeitsschutzexperten, betriebliche Interessenvertreter) sind in der Mehrzahl Männer (vgl. Fokuhl, 2011). Voraussetzung für die Ausbildung zur Fachkraft für Arbeitssicherheit ist eine eher männertypische Qualifikation als Ingenieur, Techniker oder Meister (vgl. § 4 DGUV Vorschrift 2, § 3 VSG 1.2). Rechtliche Regelungen und die Praxis des Arbeitsschutzes sind technisch-naturwissenschaftlich ausgerichtet – die Einbeziehung psychischer und gesundheitswissenschaftlicher Aspekte hat nicht mit der Entwicklung der Arbeitswelt Schritt gehalten (vgl. Nebe/Weg, 2014).

Bis 2011 wurde nur in gut der Hälfte der Betriebe in Deutschland eine Gefährdungsbeurteilung – bei erheblichen qualitativen Unterschieden – durchgeführt; mit sinkender Wahrscheinlichkeit bei abnehmender Betriebsgröße und am seltensten in besonders stark von Veränderungsprozessen betroffenen Branchen, wie Kommunikations-, Finanz- und sonstige Dienstleistungen sowie unternehmensbezogene

Dienstleistungen (vgl. GDA, 2014, S. 67 ff.). Neue Belastungen werden dabei nicht ausreichend berücksichtigt: Die Gefährdungsbeurteilung ist

> „ein von den Unternehmen anerkanntes Instrument (…), um vor allem mit den ‚klassischen' physischen Belastungen und Gefährdungen umzugehen. Hingegen wird sie für die Analyse und Verringerung anderer Belastungs-und Gefährdungsarten noch nicht entsprechend genutzt" (GDA, 2014, S. 68 f.).

Mit der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie (GDA) soll eine bessere Zusammenarbeit zwischen dem staatlichen Arbeitsschutz und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung erreicht werden. In koordinierter Vorgehensweise und mittels Erarbeitung eines abgestimmten Vorschriftenwerks soll ein zielgerichteter, mit messbaren Erfolgen verknüpfter Arbeitsschutz, orientiert an den Belastungsschwerpunkten, in allen Bundesländern verwirklicht werden. Ziele der aktuellen Periode sind die Verbesserung der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation, die Verringerung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen und Erkrankungen im Muskel-Skelett-Bereich sowie Schutz und Stärkung der Gesundheit bei arbeitsbedingter psychischer Belastung (vgl. GDA-Portal, 2015a). Die Umsetzung erfolgt durch Abfrage und Beratungsangebote bei Betriebsbesuchen; aufgrund der beschränkten personellen Kapazitäten (vgl. Kap. 8.2.1) und noch nicht ausreichender Qualifizierung – vor allem zum Thema psychische Belastung – ist davon auszugehen, dass keine flächendeckende Betreuung der Betriebe erfolgen kann.

Auffällig bei der Sichtung der Literatur zu dem Thema ist, dass Arbeitswissenschaft und Arbeitsschutz, dem Anspruch nach zwar geschlechts*neutral*, im Grunde jedoch geschlechts*blind* sind. Vorschriftenwerk, Forschung und Praxis der arbeitsweltbezogenen Prävention blenden den Geschlechteraspekt bisher weitgehend aus, was zur Ungleichheit hinsichtlich der gesundheitlichen Chancen von Frauen führen kann. Das trägt dazu bei, Benachteiligungen zu verfestigen und neue Ungleichheiten entstehen zu lassen. Wenn auf Frauen bezogene Ergebnisse überhaupt ausgewiesen werden, dann meist als eine von der Gesamtheit abweichende Größe[30]. Strukturell bedingte Risiken, insbesondere arbeitsbedingte Belastungen von Frauen im Vergleich zur Situation von Männern, werden bislang unterschätzt und im Forschungs- und Präventionskontext vernachlässigt (vgl. EU-OSHA, 2013a), sodass bei der Erforschung der Arbeitsbedingungen von Frauen einiger Nachholbedarf besteht, wie

30 Zum Beispiel in der Formulierung: „Insgesamt sind es x %, davon y % Frauen."

vor allem aus frauen- und gleichstellungspolitischer Sicht immer wieder betont wird (vgl. BMFSFJ, 2001, S. 7 ff.; GFMK, 2011, S. 9 ff.). Die Gründe und Wirkungen bedingen sich hierbei gegenseitig: Wissenschaftliche Studien vollziehen sich innerhalb eines Gefüges aus Theorie, wissenschaftlicher Erkenntnis und der in Wissenschaft und Politik vorherrschenden Wahrnehmung von Themen, die von sozialen Bewegungen, z. B. Gewerkschaften, aufgeworfen werden. Es müssen bereits Erkenntnisse von Zusammenhängen zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheitsrisiken vorhanden sein, damit sie als Fragestellung für die Wissenschaft zutage treten. Ohne Forschung lassen sich Zusammenhänge nicht belegen. Die besten Bedingungen für die Wahrnehmung und Problematisierung von arbeitsbedingten Erkrankungsrisiken bestehen in großen, männerdominierten Betrieben – vor allem in der Industrie mit den am stärksten ausgeprägten Interessenvertretungsstrukturen –, die zudem auch aus praktischen und methodischen Gründen gute Voraussetzungen für Studien bieten. Unfallgefahren und Zusammenhänge zwischen körperlicher Schwerarbeit, Gefahrstoffen oder Lärm mit Verletzungen und Erkrankungen wurden mit dem Aufkommen der Industrialisierung offensichtlich, führten zu einem hohen Handlungsdruck und gaben Anlass für wissenschaftliche Untersuchungen (vgl. Vogel, 2003, S. 33 ff.; S. 74 ff.).

Aus den geschilderten Gründen sind Geschlechteraspekte bei der Fragestellung, Erhebung, Auswertung und Interpretation der Ergebnisse arbeitswissenschaftlicher Studien und in der Konsequenz auch in Schutz- und Präventionskonzepten unterrepräsentiert. Sprache und Illustrationen zu Arbeitsschutzthemen sind vorwiegend männlich geprägt, differenzieren selten nach Geschlecht und unterstützen eher Geschlechterstereotype (vgl. Fokuhl, 2011, S. 51 ff.). In Darstellungen körperlich belastender Arbeitsbedingungen werden eher Bilder von (tatkräftig agierenden) Männern oder männlich wirkende Piktogramme verwendet (vgl. Abb. 8.3). Dagegen werden psychische Belastungen tendenziell häufiger mit Frauen (womöglich mit leidender Mimik und Gestik) illustriert. Das verstärkt die Vorstellung von Männerarbeit als schwerer Arbeit bzw. der stärkeren Betroffenheit von Frauen bei psychischen Belastungen. Zwar ist der Arbeitsschutz bisher überwiegend auf das männlich geprägte Normalmodell von Arbeit bezogen, jedoch werden auch männerspezifische Belange im Zusammenhang mit Gesundheit bei der Arbeit, z. B. eine stärkere Risikobereitschaft, ein geringer ausgeprägtes Vorsorgeverhalten und die starke Koppelung der Identität an Erwerbstätigkeit, bisher kaum als solche wahrgenommen bzw. berück-

sichtigt und finden auch in die noch relativ junge Männergesundheitsberichterstattung erst allmählich Eingang (vgl. Siegrist, 2010).



Abb. 8.3: Illustration zu den Angeboten des Arbeitsprogramms „GDA bewegt" (vgl. GDA, 2015b)[31]

Abhängig von den Anteilen weiblicher und männlicher Beschäftigter in den Tätigkeiten sind jeweils mehr Frauen oder Männer von den typischen Belastungen des jeweiligen Bereichs betroffen. Da Frauen und Männer keine homogenen Gruppen sind, ist bei der Untersuchung der Gründe für die Entstehung ungleicher gesundheitlicher Chancen im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit auch die Situation der Beschäftigten des in der jeweiligen Gruppe unterrepräsentierten Geschlechts zu berücksichtigen. Geschlechterbezogene Rollenzuschreibungen und -erwartungen können zu mangelnder oder verzerrter Wahrnehmung von Belastungssituationen und in der Folge zu einem unterschiedlichen Schutzniveau führen. So müssen über 68 % der Beschäftigten in den überwiegend weiblich besetzten Pflegeberufen, aber nur 54 % der Beschäftigten in den überwiegend männlich besetzten Bauberufen regelmäßig schwer heben und tragen. Als Belastung nahmen dies rund 74 % aller Betroffenen in der Pflege, aber nur knapp 43 % in der Baubranche wahr (vgl. BAuA, 2007). Unter den zehn Berufsgruppen mit der höchsten Krankheitslast, differenziert nach Männern

31 Vgl. dazu auch BAuA, 2014: Piktogramme im Arbeitsblatt zur „Gefährdungsbeurteilung mithilfe der Leitmerkmalmethode" beim Heben, Halten, Tragen und Schieben sowie die geschlechtersensiblere Darstellung im Arbeitsblatt und in der Handlungshilfe „Manuelle Arbeitsprozesse".

und Frauen, finden sich fast nur männlich dominierte Berufe; die höchste Krankheitslast besteht jedoch über alle Berufe betrachtet für Frauen, die in Männerberufen tätig sind, z. B. für weibliche Schweißer (vgl. Bödeker/Barthelmes, 2011).

Männliche Beschäftigte und männerdominierte Berufe sind in der Arbeitsunfallstatistik deutlich überrepräsentiert, auch kommen tödliche Arbeitsunfälle von Frauen wesentlich seltener vor[32] (vgl. Kaufmann, 2015; WSI, 2015b). Das bestätigt die Vorstellung von Risiko als Charakteristikum männlicher Arbeit und als Teil der Identität in männlich dominierten Berufen. So kam das Bild des furchtlosen Helden im Anblick der Gefahr z. B. im Flyer zur Ausstellung „Die Profis“ in der Deutschen Arbeitsschutzausstellung zum Ausdruck (vgl. DASA, 2014): Beruflich bedingte Risiken wurden nahezu ausschließlich am Beispiel männerdominierter Tätigkeiten, im Kampfmittelräumdienst, als Streifenpolizist, Industrietaucher oder Astronaut, im Rettungsdienst, am Bau oder Offshore thematisiert. Dass Frauen im Einzelhandel, in Bäckereifilialen oder in Spielhallen häufig von Überfällen und im Gesundheitsdienst von Nadelstichverletzungen[33] betroffen sind, kam nicht zur Sprache: Dieses Geschehen geht bisher nicht systematisch in die Arbeitsunfallstatistik ein, denn Nadelstichverletzungen und Überfälle führen i. d. R. nicht unmittelbar zu Erkrankung. Häufig werden sie auch nicht gemeldet, weil die betroffenen Beschäftigten und der Arbeitgeber sie nicht als Arbeitsunfall wahrnehmen[34] (vgl. GFMK, 2011, S. 29 ff.).

Die Qualität des Arbeitsschutzes hängt eng mit der Betriebsgröße und der Beschäftigungsform zusammen; insbesondere Betriebe mit einem hohen Anteil weiblicher und atypisch Beschäftigter sind benachteiligt, psychischen Belastungen wird hier weniger Aufmerksamkeit zuteil. Informationslage und Handlungsmöglichkeiten hinsichtlich psychosozialer Risiken sind in den Betrieben – vor allem in kleineren Unternehmen – noch unzureichend, deshalb bestehen hier auch mehr Unsicherheiten. Konzepte zur Vorbeugung von arbeitsbedingtem Stress sind vor allem im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen vorhanden, selten sind sie aber in den Bereichen

32 Die Daten der gesetzlichen Unfallversicherungsträger werden bisher nicht regelmäßig nach Geschlecht erhoben und ausgewertet.

33 Nadelstichverletzungen sind die häufigsten Unfallereignisse bei der Arbeit überhaupt und mit einem erheblichen Infektionsrisiko verbunden (vgl. Runder Tisch für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Region Hannover, 2014).

34 Renten aus der gesetzlichen Unfallversicherung werden auf Basis des Jahresarbeitsverdienstes berechnet, deshalb erhalten Frauen häufig geringere finanzielle Leistungen als Männer; im Vergleich werden Frauen auch weniger Präventionsleistungen zuteil (vgl. Fokuhl, 2011, S. 50 ff.).

öffentliche Verwaltung, Finanzwesen, Immobilienbranche und technische, wissenschaftliche oder persönliche Dienstleistungen zu finden (vgl. EU-OSHA, 2015b).

Je stärker das Beschäftigungsverhältnis vom Normalarbeitsverhältnis abweicht, desto weniger werden Beschäftigte bei der Gefährdungsbeurteilung und bei Maßnahmen der Gesundheitsförderung berücksichtigt. Beschäftigte mit Befristung, wie die überwiegend weiblichen Teilzeitbeschäftigten oder die überwiegend männlichen Zeitarbeitnehmer, sind in geringerem Maß in den Arbeitsschutz eingebunden; Werkvertragsarbeiter (überwiegend männlich) sind faktisch genauso aus dem betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutz ausgeschlossen wie die fast durchgängig weiblichen Beschäftigten, die Haus- und Pflegearbeiten in Privathaushalten leisten (vgl. Becker/Engel, 2015). Teilzeitbeschäftigte zählen bei der Berechnung der Einsatzzeiten von Betriebsärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit anteilig, deshalb ergeben sich in den betroffenen Betrieben im Vergleich zu überwiegender Vollzeitbeschäftigung geringere Einsatzzeiten. Je kleiner das Unternehmen, desto seltener sind die i. d. R. externen Fachleute vor Ort. In Klein- und Kleinstbetrieben muss der Arbeitgeber zudem nach einer eigenen Schulung fachkundige Beratung nur in bestimmten Bedarfsfällen einbeziehen (vgl. DGUV, 2011). In kleineren Unternehmen bestehen geringere Ressourcen für die Umsetzung von Präventionskampagnen von Unfallversicherungsträgern und anderen Organisationen, z. B. zu Haut- oder Rückenbelastungen.

8.1.3 Betriebliche Gesundheitsförderung: stärker an den Verhältnissen ansetzen

Das der Gesundheitsförderung zugrunde liegende Konzept ist weiter gefasst als das des Arbeitsschutzes. Es geht um die Befähigung zum selbstbestimmten Umgang mit der eigenen Gesundheit und um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Lebenswelten (vgl. WHO, 1986). Auf die Arbeitswelt bezogen wird dieser Ansatz durch die 1997 verabschiedete Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (unterzeichnet vor allem von größeren Betrieben) konkretisiert: Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst

> „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (…) durch eine Verknüpfung [der] Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung, Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (DNBGF, 2007).

BGF ist allerdings keine Pflicht, sondern freiwillige Leistung des Arbeitgebers; sie kann von Krankenkassen, anderen Sozialversicherungsträgern sowie steuerlich gefördert werden.

Die Gesundheitsreports der Krankenkassen wie auch anderer Institutionen beziehen zunehmend Geschlechterunterschiede und Veränderungen der Arbeitsbedingungen mit ein und sind damit dem Arbeitsschutz um einiges voraus (vgl. GFMK, 2012, S. 25 ff.; vgl. Starker, 2013). In der Praxis der BGF wird dies jedoch noch nicht angemessen berücksichtigt. Die Mehrzahl der Maßnahmen richtet sich an größere Betrieben in männerdominierten Branchen, vor allem an das verarbeitende Gewerbe, und zu über 60 % an männliche Beschäftigte[35]. Jeweils knapp ein Drittel der Aktivitäten wendet sich an die obere und mittlere Führungsebene in ihrer Multiplikatorenfunktion. Auch an Gesundheitszirkeln nehmen deutlich mehr Führungskräfte, Multiplikatoren und Arbeitsschutzakteure als Beschäftigte ohne Führungsaufgaben teil (vgl. MDS, 2014).

Dass BGF seltener in Kleinbetrieben stattfindet, hat strukturelle Gründe: Den Anbietern entsteht im Vergleich zu Großbetrieben ein höherer Aufwand und die Ressourcen betrieblicher Akteure sind geringer. Beispielsweise ist nur in seltenen Fällen ein Betriebsrat vorhanden, der eine wichtige Multiplikatorenfunktion auch für BGF hat (vgl. MDS, 2014, S. 36 ff.). Auch eine Beschäftigtenbefragung in NRW belegt die geringe Verbreitung von BGF in kleineren Unternehmen (vgl. Polzer/Seiler, 2015) (vgl. Kap. 5). Diese Befunde weisen darauf hin, dass BGF seltener frauendominierte Belegschaften und Betriebe erreicht.

Passgenaue Prävention und Gesundheitsförderung für Frauen und Männer lässt sich realisieren, indem unterschiedliche, von Geschlechterrollen geprägte Belastungssituationen, Erfahrungen und Handlungsweisen und die jeweils betroffenen weiblichen und männlichen Beschäftigten in Konzepte und Aktivitäten der BGF gezielt einbezogen werden. Dies konnte in beteiligungsorientiert und geschlechtersensibel konzipierten Umsetzungsvorhaben gezeigt werden (vgl. Pieck, 2009; Büntgen, 2010):

- Verschiedene, teilweise gegensätzliche Wahrnehmungen und Gewichtungen hinsichtlich arbeitsbedingter Belastungen und Ressourcen (vgl. Tab. 1.1) lassen sich z. B. beim Vergleich der Ergebnisse eines Gesundheitszirkelprojekts

35 Im Gegensatz dazu nehmen zu 78 % Frauen an den allgemeinen Angeboten der Gesundheitsförderung teil.

mit Frauen zu den Erkenntnissen aus einem Gesundheitsprojekt mit Männern erkennen (vgl. Pirolt/Schauer, 2003).

- Geschlechterbezogene Rollenerwartungen können für männliche und weibliche Beschäftigte zudem jeweils unterschiedlich belastend oder als Ressource wirken:

  > „Im Textileinzelhandel wird Frauen zugeschrieben, sie seien freundlicher und könnten also die Anforderung, den Kundinnen und Kunden immer freundlich zu begegnen, besser erfüllen. Da Männern zugeschrieben wird, dass sie das weniger könnten, ist die emotionale Belastung für die männlichen Beschäftigten hier weniger ausgeprägt als für die weiblichen. Andererseits wird von Männern mehr erwartet, sich durchzusetzen, wenn es zu Konflikten mit der Kundschaft kommt. Die Geschlechterrollenbilder beeinflussen also für beide Geschlechter sowohl Belastungen als auch Ressourcen." (Nielbock/Gümbel, 2013, S. 23)

- Die Sensibilisierung und Motivierung männlicher Beschäftigter gegenüber Gesundheitsthemen und Prävention im Zusammenhang mit Arbeit wird befördert durch geeignete Kommunikationsformen und Medien. Dafür können z. B. männliche Rollenbilder in vom Betriebsarzt moderierten Gesprächsgruppen oder in einem Blog zur Männergesundheit gezielt angesprochen und reflektiert werden (vgl. Kölln, 2014; Kölln, 2015).

Tab. 8.1: Belastungen und Ressourcen aus der Perspektive von Männern und Frauen (Pirolt/Schauer, 2003, S. 48)

	Frauen	Männer
Familie	wertvoll, wichtig, Belastung	Ressource
Zeit	zu wenig	genügend
Umgang mit Belastungen	thematisieren	nicht thematisieren; Leistungsfähigkeit wichtig
Indikator für Krankheit/Gesundheit	emotionale Ausgeglichenheit	Leistungsfähigkeit
Selbstbewusstsein/Wert der Arbeit	weniger bewusst als bei Männern	höher eingeschätzt als bei Frauen

Selbstdarstellungen, Veröffentlichungen und Veranstaltungen stellen Bedeutung und Wirksamkeit von BGF positiv heraus, jedoch besteht ein uneinheitliches Verständnis von Ausrichtung, Spektrum und Qualität betrieblicher Gesundheitsförderung und es ergibt sich bisher kein klares Bild der Verbreitung, Akzeptanz und Wirksamkeit der jeweiligen Maßnahmen (vgl. Beck/Lenhardt, 2014).

8.2 Veränderungen in der Arbeitswelt treffen Männer und Frauen unterschiedlich

Deregulierung und Ökonomisierung führen zu Arbeitsintensivierung, aufgezwungener Flexibilisierung der Arbeitsverhältnisse und der Arbeitszeiten, zu Unsicherheiten hinsichtlich der Erwerbsperspektive und zur Verlagerung unternehmerischer Risiken auf die Beschäftigten. Sie erzeugen psychische Belastungen und gesundheitliche Risiken durch Druck und Stress und führen auch zur Zunahme körperlicher Belastungen, wie nachfolgend an ausgewählten Aspekten dargestellt wird. Beeinflusst wird das Geschehen sowohl durch die Veränderungsprozesse selbst als auch durch die Arbeitsbedingungen in den betroffenen Branchen, Berufen und Beschäftigtengruppen (vgl. GFMK, 2012, S. 52 ff.). Flexibilisierungs- und Deregulierungstendenzen beeinflussen auch schützende Strukturen und führen zu ihrer Schwächung:

- So sind Einkommen, Teilhabechancen und das Niveau der sozialen Absicherung in atypischer Beschäftigung häufig geringer als im Normalarbeitsverhältnis, auf das Arbeits- und Mitbestimmungsrechte, Renten-, Kranken- und Arbeitslosenversicherung eng bezogen sind (vgl. Schulze-Buschoff, 2014).
- Die Zahl der Betriebe mit Tarifbindung und Betriebsrat ist seit 1996 um 13 Prozentpunkte gesunken. 34 % der westdeutschen und 49 % der ostdeutschen Unternehmen in der Privatwirtschaft mit mindestens fünf Beschäftigten haben inzwischen weder Tarifvertrag noch Betriebsrat. Die mit Abstand stärksten Mitbestimmungsstrukturen finden sich in großen Betrieben und in den Bereichen Abfall, Wasser- und Energieversorgung, Bergbau, gefolgt von den Branchen Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, Verarbeitendes Gewerbe; die schwächsten weisen Handel, wirtschaftliche/wissenschaftliche Freiberufe, Baugewerbe, Gastgewerbe und sonstige Dienstleistungen auf (vgl. Ellguth/Kohaut, 2015).
- In einer wachsenden Zahl von Unternehmen werden Lücken im System der Mitbestimmung ausgenutzt, um gesetzliche Mitbestimmungsregelungen zu unterlaufen, z. B. durch eine ausländische Rechtsform. Insbesondere der Dienstleistungssektor und Unternehmen der Arbeitnehmerüberlassung sind davon betroffen (vgl. Bayer/Hoffmann, 2015).

8.2.1 Restrukturierung

Der Begriff „Restrukturierung“ bezieht sich auf die Veränderung von Unternehmensstrukturen zur Kostensenkung und Gewinnsteigerung, häufig in schnell aufeinanderfolgenden Prozessen. Fusionen und Übernahmen, Standortverlagerungen innerhalb und außerhalb nationaler Grenzen oder Outsourcing finden vor allem in Großbetrieben, in der Industrie, im öffentlichen Dienst und im Handel statt und sind i. d. R. mit Personalabbau verbunden („Downsizing“): Größere Unternehmen werden in kleinere Betriebe zergliedert, Kernbelegschaften in kleinere Einheiten aufgeteilt, reguläre und Vollzeitbeschäftigung in Teilzeit- oder atypische Beschäftigung umgewandelt, öffentliche Dienste privatisiert. Betriebsinterne Veränderungen der Strukturen und Arbeitsabläufe, z. B. durch neue Software, veränderte Arbeitszeiten, neue Steuerungsmodelle oder Neuzusammensetzung von Teams, führen zur Flexibilisierung der Arbeit (vgl. Rigotti et al., 2014, S. 9 f.).

Durch die Auslagerung oder Umverteilung von Tätigkeiten nehmen einseitige Belastungen zu, der Spielraum zum Ausgleich körperlicher oder psychischer Belastung durch Belastungswechsel wird für alle Beschäftigtengruppen kleiner. Arbeitsplatzunsicherheit, Stress, Zeitdruck und die Arbeitsanforderungen steigen sowohl für die Kernbelegschaften als auch für Beschäftigte in flexiblen und prekären Arbeitsformen (vgl. Holst, 2009, S. 148 f.). Restrukturierung führt zu psychischer Belastung und Beanspruchung, vor allem bei Kumulation restrukturierungsbedingter Veränderungen, und ist mit erheblichen Gesundheitsrisiken verbunden (vgl. Köper/Richter, 2012, S. 5 ff.; Rigotti et al., 2014). Die Umstrukturierung des Arbeitsplatzes oder die Möglichkeit des Arbeitsplatzverlusts stellen für 82 % der weiblichen und 76 % der männlichen Beschäftigten den stärksten arbeitsbedingten Stressfaktor dar (vgl. EU-OSHA, 2013b).

Umstrukturierungen führen zum Abbau schützender Strukturen: Je kleiner das Unternehmen, desto weniger Ressourcen und Kompetenzen sind für den Gesundheitsschutz verfügbar. Bei atypischer Beschäftigung steigt die Wahrscheinlichkeit von Informations- und Kommunikationslücken in Bezug auf Verantwortlichkeiten und Zuständigkeiten von Führungskräften, aber auch von Betriebs- oder Personalräten. Intransparenz erschwert den Schutz vor Überbelastung und Unfallgefahren, insbesondere für die atypisch Beschäftigten und an den Schnittstellen zu den Kernbelegschaften – das senkt auch deren Schutzniveau (vgl. Becker/Engel, 2015).

Restrukturierungsprozesse finden seit einigen Jahren auch im Arbeitsschutz statt: Die Kapazitäten der staatlichen und berufsgenossenschaftlichen Aufsichtsinstitutionen wurden infolge von Umstrukturierungen, Personalabbau und zusätzlichen Zuständigkeiten drastisch abgebaut, wie der Deutsche Bundestag 2012 „nicht ohne Sorge“ feststellte. Innerhalb der letzten zehn Jahre wurde die Überwachungstätigkeit um etwa ein Viertel reduziert; im Jahr 2010 führten die staatlichen Behörden insgesamt lediglich 300.000, die Unfallversicherungsträger nur noch 500.000 Betriebsbesuche[36] durch. Die Frage der psychischen Belastungen spielte dabei kaum eine Rolle (vgl. Deutscher Bundestag, 2012, S. 2 ff.). Bei den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung fand ab 2008 ein Fusionierungsprozess statt, der zur Reduzierung der Zahl der Berufsgenossenschaften von 23 auf 9 und auch zum Zusammenschluss von Unfallkassen führte und erhebliche Kapazitäten innerhalb der Organisationen band, auch weil Unfallversicherungsträger unterschiedlicher Branchen zusammengeführt wurden (Unfallversicherungsmodernisierungsgesetz; UVMG).

8.2.2 Entgrenzung von Arbeit

Mit der Flexibilisierung von Beschäftigung, neuen Steuerungsformen und zunehmend technisch gestützter Kommunikation lösen sich zeitliche und räumliche Grenzen zwischen Arbeit und Privatbereich auf. Das bietet mehr Spielräume für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, erhöht aber auch den Druck, beides in Einklang zu bringen. Die zunehmende Entgrenzung erschwert es zugleich, Beruf und Privatbereich voneinander zu trennen und Abstand von der Berufsarbeit zu finden.

Zeitlich: Flexibilisierung der Arbeitszeiten

Bei der Entwicklung der Arbeitszeiten bestehen gegenläufige Tendenzen. Mehr Beschäftigte arbeiten weniger als 31 Stunden wöchentlich, aber bei den Vollzeitbeschäftigten hat sich die durchschnittliche Wochenarbeitszeit erhöht. Vollzeitnahe Teilzeit und Teilzeitarbeit gewinnt bei männlichen Beschäftigten an Bedeutung (vgl. WSI, 2015a). Die Länge der Wochenarbeitszeit wird stark bestimmt durch die höchste erreichte Qualifikation. In allen Qualifikationsstufen haben Männer in Vollzeit jedoch längere Arbeitszeiten als in Vollzeit beschäftigte Frauen (vgl. WSI, 2015b). Fast 60 %

36 Einschließlich Mehrfachbesuche einzelner Betriebe. Insgesamt gibt es mehr als 2,1 Mio. Betriebe mit mindestens einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten in Deutschland (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2015).

der Beschäftigten arbeiten regelmäßig länger als vertraglich vereinbart: Wöchentlich leisten 35 % bis zu fünf Überstunden, 15 % zwischen sechs und zehn, 9 % mehr als zehn (vgl. DGB, 2014).

Männliche und weibliche Vollzeitbeschäftigte arbeiten häufiger Schicht bzw. am Wochenende als diejenigen in Teilzeit. Belastungen durch überlange Arbeitszeiten, Schicht- und Wochenendarbeit, Bereitschaftsdienst und Arbeit ohne Pausen betreffen – vorwiegend männliche – abhängig Beschäftigte mit Führungsverantwortung häufiger als diejenigen ohne Führungsaufgaben. In den Wirtschaftszweigen Verkehr und Lagerei, im Bau- und Gastgewerbe bestehen hohe Anforderungen aus der Arbeitszeitorganisation. Vor allem Ordnungs- und Sicherheitsberufe, Gesundheits-, Sozial- und Erziehungsberufe sowie Verkehrs-, Ernährungs- und Elektroberufe sind mit belastenden Arbeitszeiten verbunden (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 49 ff.).

Die zeitliche und räumliche Lage der Arbeit sowie die Dauer der Arbeitszeit beeinflussen das Belastungsgeschehen, die Auswirkungen und die Bewältigung von Belastungen, die Erholung, Möglichkeiten und Grenzen zur Vereinbarung von Beruf und Familie – und darüber hinaus das Einkommen und die soziale Sicherung. Überlange und flexible Arbeitszeiten, aber auch Nacht-, Wochenend- und Schichtarbeit, stellen eine höhere körperliche und psychische Belastung dar, weil sie biologischen und sozialen Rhythmen zuwiderlaufen. Unabhängig von der tätigkeitsbedingten Belastung und der Wochenarbeitszeit ist das Risiko für Arbeitsunfälle erhöht, insbesondere bei fremdbestimmter variabler Arbeitszeit, jedoch auch nachweisbar, wenn Beschäftigte Lage und Dauer ihrer Arbeitszeit beeinflussen können (vgl. Greubel et al., 2014). Zwar wirkt es belastungsreduzierend, wenn Beschäftigte ihre Arbeitszeitgestaltung beeinflussen können; wenn sich jedoch ihre Gestaltungsmöglichkeiten damit weitgehend erschöpfen, steigert dies eher die psychische Belastung (vgl. DGB, 2014).

Räumlich: Mobilität

Die Veränderungen in der Arbeitswelt wirken als Treiber von Mobilität (vgl. Hupfeld et al., 2013). Beruflich bedingte Umzüge, Auslandsaufenthalte oder Pendeln steigern die Mobilität von Beschäftigten; die Mobilität von Arbeitsinhalten (virtuelle Mobilität) wächst durch die erweiterte Nutzung elektronischer Medien, in Telearbeit,

in virtuellen Projektteams oder Crowdwork[37]. Der inzwischen fast flächendeckende Einsatz von Computern mit Internetzugang, wachsende Internet-Breitbandverbindungen und die Zunahme der Internet-Nutzung über mobile Verbindungen (von 29 % im Jahr 2011 auf 65 % 2014; vgl. Statistisches Bundesamt, 2014c, S. 10) sowie die Verknüpfung mobiler, teilweise auch privater Endgeräte mit mobilen Arbeitsinhalten ermöglichen die Berufsarbeit zu jeder Zeit und an jedem Ort, in der eigenen Wohnung, bei Kunden oder in öffentlichen und privaten Verkehrsmitteln. Etwa die Hälfte der 25- bis 54-jährigen Erwerbstätigen in Deutschland hat Erfahrung mit Mobilität: Jüngere Beschäftigte am Beginn der Berufslaufbahn und Personen mit Hochschulabschluss ziehen häufiger um, Pendeln und Dienstreisen kommen eher bei niedrig Qualifizierten oder bei Älteren vor, Mütter sind weniger mobil als Männer und kinderlose Frauen.

Mobilität kann das körperliche und psychische Wohlbefinden beeinträchtigen, in Abhängigkeit von Faktoren wie Freiwilligkeit der Mobilität, Vereinbarkeit mit familiären Belangen, Dauer und Intensität der Mobilität sowie persönlichen Einstellungen, Motivation, Kompetenzen und Mobilitätserfahrungen. Fernpendler empfinden ihre gesundheitliche Verfassung schlechter als Nicht- oder Nahpendler, sind stärker durch Stress belastet, haben psychosomatische Beschwerden, mehr Fehlzeiten und ein erhöhtes Unfallrisiko. Mobilität kann jedoch auch ein schützender Faktor sein, weil sie berufliche und Alltagsroutinen unterbricht, mehr Unabhängigkeit gibt und als positiv für das berufliche Fortkommen gilt oder weil sie Bestandteil des gewählten Berufs ist (vgl. Ruppenthal/Rüger, 2011).

Räumlich und zeitlich: ständige Erreichbarkeit

> Es wird „von 14 Prozent der Beschäftigten erwartet, dass sie auch in ihrem Privatleben dienstliche Belange erledigen. Von 22 Prozent der Beschäftigten wird erwartet, dass sie auch in ihrem Privatleben für dienstliche Angelegenheiten erreichbar sind“ (Pangert et al., 2014, S. 60).

Telefonisch oder per E-Mail müssen 23 % der Beschäftigten häufig oder sehr häufig auch außerhalb der normalen Arbeitszeit zur Verfügung stehen; bei mehr als 40 % wird dies nicht vergütet (vgl. DGB-Index Gute Arbeit, 2014). Am häufigsten sind Beschäftigte in den Bereichen Erziehung und Unterricht, Gastgewerbe und Energieversorgung, Information und Kommunikation sowie Verkehr und Lagerei von stän-

37 Crowdworking: Vergabe von Aufträgen über das Internet an Solo-Selbstständige.

diger Erreichbarkeit betroffen, am seltensten in den Bereichen Metallerzeugung und -bearbeitung, Chemie, öffentliche Verwaltung, Sozialversicherungen, Verteidigung (vgl. DGB, 2012, S. 10 ff.) (vgl. Kap. 11).

Ständige Erreichbarkeit verlängert die Arbeitszeit und erhöht das Arbeitspensum; Erholung, innerer Abstand von der Arbeit, Schlaf, Freizeitgestaltung und Wohlbefinden sind infolge von Struktur- und Kontrollverlust durch Intransparenz sowie einen ständigen Unruhezustand beeinträchtigt. Die gesundheitlichen Folgen sind nicht verallgemeinerbar; sie resultieren auch aus den tätigkeitsspezifischen Belastungen. Mit steigender arbeitsbezogener Erreichbarkeit wächst das Belastungsempfinden, unabhängig vom Vorhandensein entsprechender Regelungen und vom Geschlecht (vgl. Pangert et al., 2014, S. 61 ff.). Im Vergleich zu Beschäftigten ohne Erreichbarkeit bestehen bei Ruf- und Bereitschaftsdiensten häufiger Gesundheitsbeschwerden. Betroffene Männer weisen häufiger Muskel-Skelett-Erkrankungen oder psychovegetative Beschwerden auf als Frauen; die Kombination der Beschwerden kommt aber bei Frauen wesentlich häufiger vor (vgl. Pangert/Schüpbach, 2013, S. 20 ff.). Ein Gewinn an Flexibilität und Mobilität, eine bessere Vereinbarkeit mit privaten Belangen, die Beschleunigung von Entscheidungen sowie Identitäts- und Statusgewinne können hingegen auch positive Effekte für Beschäftigte zeitigen (vgl. Strobel, 2013, S. 15 ff.).

Innerlich: Veränderung der Arbeitsbeziehungen durch neue Steuerungsformen

Neue Managementkonzepte und Strategien der „indirekten Steuerung“ in männerdominierten Bereichen, bei Beschäftigten mit höherer Qualifikation und bei Führungskräften, z. B. im Autobau, in der IT-Branche, im Medienbereich und in Finanzdienstleistungen, zielen auf die Verlagerung von unternehmerischer Verantwortung und Risiken auf die Beschäftigten: Vorgaben über die Ausführung der Arbeit werden abgelöst von einem Führen mit Zielvorgaben, Hierarchien durch flachere Strukturen wie Projektarbeit und Arbeit in Teams ersetzt, Festgehälter in Grund- und erfolgsabhängige Entlohnung umgewandelt. Ziel ist die Steigerung der Motivation sowie die Erhöhung von Effektivität und Produktivität der Arbeitskräfte: Die Beschäftigten und Teams stehen zusätzlich zu den eigentlichen Arbeitsaufgaben miteinander in Konkurrenz und sind darauf orientiert, „dass sich die eigene Arbeit für das Unternehmen auch rentiert oder dass es im Wettbewerb besser dasteht“ (Krause et al., 2015, S. 166).

Sechs Merkmale sind symptomatisch für indirekte Steuerung (vgl. Krause et al., 2015, S. 166):

- Ergebnis- und Erfolgsorientierung (Orientierung an ökonomisch relevanten Kennzahlen und Zielen)
- dynamische Ziele (Steigerung des Organisationserfolgs/des Umsatzes, Erhöhung des Marktanteils)
- Leistungsdruck über unternehmensinterne Konkurrenz (Vergleich und Bekanntmachung der Leistung von Teams/Unternehmenseinheiten/Standorten nach Kennzahlen)
- Top-down-Festlegung der Rahmenbedingungen (Definition von Prozessvorgaben, engmaschige Berichtspflichten)
- Konsequentes Top-down-Delegieren von Verantwortung für Zielerreichung (Vertrauensarbeitszeit, Ausrichtung am nachweisbaren Erfolg)
- Beteiligung der Mitarbeiter (Einbindung in die Zielformulierung, partnerschaftliche Führung, kontinuierliche Verbesserung)

Die neuen Steuerungsformen stärken die Handlungs- und Entscheidungsspielräume und die Entfaltung des Potenzials der Beschäftigten: Denn persönliche Erfolgserlebnisse erhöhen das eigene Selbstbewusstsein sowie den Wert des Mitarbeiters bzw. der Mitarbeiterin für das Unternehmen und auf dem Arbeitsmarkt und stärken das Gemeinschaftsgefühl in Teams. Dies sind Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen. Es werden zugleich jedoch auch Individualisierung und Subjektivierung befördert: Bei der Lösung von Widersprüchen zwischen fachlichen Anforderungen und dem „unternehmerischen Gewissen“ oder bei zu engen Vorgaben oder fehlenden Ressourcen sind die Beschäftigten auf sich selbst gestellt oder erleben sich mitunter als unzulänglich. Dies führt dazu, dass der gegenseitige Leistungsdruck innerhalb der Teams steigt und Konflikte gefördert werden. Die Folgen lassen sich unter dem Begriff „interessierte Selbstgefährdung“ zusammenfassen: Ausdehnen und Intensivieren der Arbeitszeit, Konsum von Substanzen zur Förderung der Erholung und der kognitiven Leistungsfähigkeit, Präsentismus, Vortäuschen, Senken der Qualität sowie Umgehen von Sicherheits- und Schutzstandards. Die Verschiebung von Verantwortlichkeiten für den Unternehmenserfolg auf die Beschäftigten erzeugt folglich erhebliche gesundheitliche Risiken. Überstunden, das Ignorieren von Leistungsgren-

zen und Arbeiten ohne Rücksicht auf die Gesundheit oder trotz Krankheit sind mit hoher körperlicher und vor allem psychischer Belastung verbunden (vgl. Krause et al., 2015).

8.3 „Neue“ arbeitsbedingte Belastungen

Die Veränderung der Arbeitsbedingungen ruft neue und zunehmende Risiken für die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit hervor, wie eine Unternehmensumfrage der Europäischen Arbeitsschutzagentur ergab. Die Aufmerksamkeit richtet sich aktuell vermehrt auf die psychischen Belastungen, doch bestehen „klassische“ körperliche und stoffliche Belastungen und Unfallrisiken weiterhin fort (vgl. Tab. 8.2).

Tab. 8.2: Besonders bedeutsame arbeitsweltbezogene Risikofaktoren (Bödeker/Barthelmes, 2011, S. 9; Datengrundlage BIBB/BAuA, 2006)

Physische Risikofaktoren	Psychosoziale Risikofaktoren	Organisationale Risikofaktoren
▪ Lastenhandhabung/ schweres Heben ▪ Ganzkörpervibrationen ▪ kniende/hockende Tätigkeit ▪ schwere körperliche Arbeit ▪ repetitive Bewegung Schulter ▪ repetitive Bewegung gebeugter Nacken ▪ dauerhafte Mausnutzung ▪ statische Belastung der Nacken-Schulter-Muskulatur ▪ häufiges Treppensteigen/ auf Leitern steigen	▪ hohe Arbeitsdichte/ Arbeitsüberlastung ▪ geringe soziale Unterstützung am Arbeitsplatz ▪ geringe Arbeitszufriedenheit ▪ Selbsteinschätzung Stress ▪ Selbsteinschätzung Arbeitsfähigkeit ▪ Überzeugung, dass Arbeit gefährlich ist ▪ emotionaler Aufwand ▪ psychische Anforderungen ▪ Entscheidungsspielraum ▪ „Job strain“ ▪ Gratifikationskrisen	▪ Schichtarbeit ▪ atypische Beschäftigungsverhältnisse

Es ist in beiden Bereichen von einer Zunahme auszugehen(vgl. EU-OSHA, 2010). Als „neu“ können Risiken eingeordnet werden,

- die zuvor nicht existierten und durch neue Verfahren, neue Technologien, neue Arten von Arbeitsplätzen oder durch soziale oder organisatorische Veränderungen verursacht werden, oder

- wenn seit langer Zeit bekannte Phänomene infolge eines Wandels der sozialen oder öffentlichen Wahrnehmung als neues Risiko betrachtet werden oder
- bereits lange bestehende Sachverhalte aufgrund neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse als Risiko angesehen werden (vgl. EU-OSHA, 2010, S. 15; EU-OSHA, 2015b).

Von einer „Zunahme“ von Risiken ist auszugehen, wenn entweder die Anzahl der Gefahrenquellen zunimmt, die Exposition gegenüber einer Gefahr höher ist, mehr Personen von ihr betroffen sind, die Schwere der gesundheitlichen Folgen und/oder die Anzahl der betroffenen Personen zunehmen (vgl. EU-OSHA, 2015a).

Psychische und körperliche Belastungen in unterschiedlicher Ausprägung kommen in frauen- und männerdominierten Bereichen vor: Körperliche Schwerarbeit, Lärm, Gefahrenstoffe, Schmutz und ungünstige Umgebungsfaktoren überwiegen bei Männern in Vollzeit, z. B. in der Zeitarbeit und in der Automobilindustrie. Psychische Belastungsfaktoren wie Monotonie, geringer Handlungsspielraum, Multitasking, Unterbrechungen und schnelles Arbeitstempo sind zwar häufiger an den Arbeitsplätzen von Frauen zu finden; in Teilzeitbeschäftigung sind Frauen jedoch eher als Männer von körperlicher Arbeit betroffen: z. B. in der Kranken- und Altenpflege und im Einzelhandel, insbesondere im Nahrungs- und Genussmittelhandel, die einen überwiegenden Frauen- und Teilzeitanteil aufweisen. Der Bereich Erziehung und Unterricht ist am häufigsten von einem zu hohen Arbeitspensum und zugleich körperlichen Belastungen betroffen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012; BAuA, 2015).

Arbeitsintensität und Arbeitstempo haben innerhalb der letzten 20 Jahre in der Europäischen Union zugenommen: am stärksten durch die Anforderungen anderer Personen, z. B. Kunden, aufgrund der direkten Kontrolle durch Vorgesetzte, seltener und mit abnehmender Tendenz durch Maschinen bestimmt. Kommen mehrere antreibende Faktoren zusammen, wie im produzierenden Gewerbe, erhöht sich das gesundheitliche Risiko (vgl. hier und folgend Eurofound, 2012, S. 5 ff.). Auf drei Viertel ist der Anteil der Erwerbstätigen gestiegen, die bei der Arbeit präzise Qualitätsstandards erfüllen müssen. Für Frauen wurden geringere geistige Anforderungen und häufiger monotone, repetitive Tätigkeiten ermittelt als für Männer. Körperliche Belastungen und Zwangshaltungen haben sich in den letzten 20 Jahren nicht verringert, allerdings bestehen geschlechterbedingte Unterschiede. So tragen 42 % der Männer,

aber nur 24 % der Frauen schwere Lasten, es müssen jedoch 13 % der weiblichen und nur 5 % der männlichen Beschäftigten Menschen heben oder bewegen.

8.3.1 Psychische Belastung und Stress

Geleistete Stunden oder die Arbeitsbelastung stehen für 81 % der Frauen und 76 % der Männer an dritter Stelle der Stress auslösenden Arbeitsbedingungen (vgl. EU-OSHA, 2013b). EU-weit stellen der „Umgang mit schwierigen Kunden, Patienten, Schülern etc.“, „anstrengende oder schmerzhafte Arbeitshaltungen, darunter auch langes Sitzen“ sowie „repetitive Hand- oder Armbewegungen“ die häufigsten gesundheitlichen Risiken in den Unternehmen dar, mit unterschiedlicher Geschlechterverteilung. Beschäftigte im Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen und in Handel, Transport, Gastgewerbe/Beherbergung und Erholung sind am stärksten durch den Umgang mit schwierigen Kunden, Patienten, Schülern usw. belastet – die Ausweitung des Dienstleistungssektors erklärt den höchsten Wert für diesen Faktor. Unfallrisiken treten am häufigsten im Baugewerbe, im Abfallmanagement, in der Wasser- und Energieversorgung, in Land-/Forstwirtschaft und Fischerei sowie im verarbeitenden Gewerbe auf. Psychosoziale Belastungen nehmen mit wachsender Betriebsgröße zu (vgl. EU-OSHA, 2015b). In Vollzeit beschäftigte Frauen arbeiten besonders häufig an der Grenze der Leistungsfähigkeit. Häufige Ursachen für psychische Belastung stellen die Anforderungen „verschiedenartige Arbeiten gleichzeitig betreuen“, „starker Termin- und Leistungsdruck“, „ständige Unterbrechungen“, „sehr schnell arbeiten müssen“ und „ständig wiederkehrende Arbeitsvorgänge“ dar (vgl. Lohmann/Haislah, 2012, S. 34 ff.). Plausibel wird das durch folgende Aussage.

> „Es ist auch gar nicht so sehr der Lärm für sich genommen, sondern der Lärm als Arbeitsumfeld, in dem man seine Aufgaben durchführen muss. Um das einmal zu verdeutlichen: Man sitzt mit den Kindern beim Frühstück, dann kippt ein Kind sein Getränk um, wo man den Tisch abwischen muss. Aus den Augenwinkeln sieht man gerade, wie ein anderes Kind dem Nachbarn etwas wegnimmt und der Streit losgeht, zeitgleich wird man am Telefon verlangt oder ein Elternteil will etwas – und so geht das den ganzen Tag. D. h. Multitasking im permanenten Lärmumfeld. Da ist man abends ausgelaugt. Das setzt einem mit fortschreitendem Alter immer mehr zu.“ (Almstadt et al., 2012, S. 40)

Anders als im Alltagssprachgebrauch definiert die Arbeitswissenschaft den Begriff „psychische Belastung“ wertneutral als Gesamtheit aller erfassbaren Einflüsse, die

von außen auf den Menschen zukommen, psychisch auf ihn einwirken und unmittelbar Beanspruchung erzeugen (vgl. Tab. 8.3).

Tab. 8.3: Einflussfaktoren für psychische Belastung (vgl. DIN EN ISO 10075)

Arbeitsbedingungen, aus denen psychische Belastung entstehen kann:	
Arbeitsinhalt/Arbeitsaufgabe	■ Arbeit ist vorbereitend, ausführend oder kontrollierend ■ Arbeit ist eintönig/abwechslungsreich ■ erforderliche Informationen/Qualifikationen nicht verfügbar ■ Kompetenzen/Verantwortlichkeiten unklar ■ Arbeit ist mit Gefühlsarbeit verbunden
Arbeitsorganisation	■ Lage/Dauer der Arbeitszeit ■ Pausen ■ Zeitdruck, enge zeitliche Vorgaben, Störungen ■ Einzelarbeit/Beschäftigte sind weitgehend auf sich gestellt
Soziale Beziehungen	■ Konflikte, Druck ■ fehlendes Feedback ■ mangelnde Kompetenzen der Führungskräfte ■ Übermaß/Mangel an sozialen Kontakten
Arbeitsumgebung	■ Lärm, störende Geräusche ■ Beleuchtung ■ Gefahrstoffe ■ körperliche Belastung ■ enge/schlecht gestaltete Arbeitsräume ■ unzulängliche/defekte Werkzeuge/Geräte/EDV

Belastungsfaktoren und Ressourcen verteilen sich ungleich auf die Geschlechter, je nach Tätigkeit, Branche und Beschäftigungsform. Berufstypische Belastungen werden häufig als „normal" wahrgenommen und können Teil der beruflichen Identität sein, z. B. der Umgang mit Leid und Tod im Gesundheitswesen, die Freundlichkeit und Kundenorientierung im Einzelhandel oder hohe körperliche Anforderungen in Handwerksberufen. Beschäftigte fühlen sich seltener durch Arbeitsbedingungen belastet als sie es objektiv sind; dies kommt bei Männern häufiger vor als bei Frauen (vgl. Beermann/Brenscheidt, 2008).

Für fast die Hälfte der Beschäftigten entsteht Stress in erster Linie aus dem Beruf – das trifft vor allem auf Männer zu. Die zweithäufigste Stressursache, überwiegend

bei Frauen, sind hohe Ansprüche an sich selbst. Deutlich weniger Einfluss haben Faktoren aus dem privaten Bereich (vgl. Techniker Krankenkasse, 2013, S. 9 ff.).

Erfahrungen und Einstellungen in Verknüpfung mit geschlechtsspezifischen Rollenerwartungen und -zuschreibungen beeinflussen die Belastungssituation und -wahrnehmung, die Ressourcen und das Gesundheitshandeln. So fordern sich Männer im Umgang mit Belastungen und Anforderungen eher Härte ab. Sie sind in Arbeit und Alltag stärker risikoaffin, was sich auch in einem deutlich riskanten Bewältigungsverhalten in Stresssituationen wie Aggression oder Alkoholkonsum ausdrückt. Bei Frauen ist die Motivation für präventives und kuratives Gesundheitshandeln und die Sorge für andere stärker ausgeprägt; unter Stress verhalten sie sich eher defensiv. Eine wesentliche Ressource stellen für sie soziale Beziehungsnetzwerke dar.

Strukturelle Faktoren, z. B. Qualifikation, Stellung in der betrieblichen Hierarchie, Beschäftigungsverhältnis, aber auch berufstypische Aspekte wie der Umgang mit Menschen beeinflussen die Kultur in den Betrieben und damit die verfügbaren sozialen Ressourcen (vgl. Lohmann/Haislah, 2012, S. 34 ff.):

- Die Ressource *Handlungsspielraum* ist insbesondere in Ingenieur- und naturwissenschaftlichen Berufen, aber auch in Verwaltungs- und Büroberufen, Ordnungs- und Sicherheitsberufen sowie bei Dienstleistungskaufleuten gegeben. Bis auf die Verwaltungs- und Büroberufe und die Dienstleistungskaufleute handelt es sich hier um Berufsgruppen, in denen mehrheitlich Männer beschäftigt sind. Selten verfügen dagegen die mehrheitlich männlichen Beschäftigten in der Metallerzeugung, in Gießereien, als Warenprüfer, Versandfertigmacher und in Verkehrsberufen sowie in den ebenfalls männerdominierten Branchen wie Instandhaltung und Reparatur von Kraftfahrzeugen sowie verarbeitendem Gewerbe über Handlungsspielraum. Wenig Handlungsspielraum besteht auch im Handel, vor allem im überwiegend weiblich besetzten Einzelhandel. Männliche und weibliche Führungskräfte haben deutlich höhere Handlungsspielräume als ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- *Soziale Unterstützung*[38] durch gute Zusammenarbeit mit Kollegen sowie die Unterstützung durch Vorgesetzte erfahren männliche und weibliche Beschäf-

38 Darunter sind die Faktoren „gute Zusammenarbeit mit Kollegen“, „sich am Arbeitsplatz als Teil einer Gemeinschaft fühlen“, „Hilfe und Unterstützung durch Kollegen“ sowie „Hilfe und Unterstützung durch direkte Vorgesetzte“ zusammengefasst.

tigte in gleichem Umfang, vor allem Beschäftigte in Gesundheitsberufen und Dienstleistungskaufleute. Am seltensten kommt soziale Unterstützung bei Warenprüfern, Versandfertigmachern, Bergleuten und Mineralgewinnern und in den Verkehrsberufen vor. In den Branchen Finanz- und Versicherungsdienstleistungen, Information und Kommunikation, freiberufliche wissenschaftliche und technische Dienstleistungen sowie im Gastgewerbe besteht ein hohes Maß an sozialer Unterstützung, am geringsten ist sie bei sonstigen wirtschaftlichen Dienstleistungen sowie in Verkehr und Lagerei ausgeprägt. Der Faktor „Hilfe und Unterstützung durch Kollegen" stellt eher für Männer eine Ressource dar, das Gemeinschaftsgefühl am Arbeitsplatz eher für Frauen. Den mehrheitlich weiblichen Teilzeitbeschäftigten stehen alle Faktoren in etwas höherem Maß zur Verfügung (vgl. Lohmann/Haislah, 2012, S. 68 ff.).

8.3.2 Chancen und Risiken für die Gesundheit

Durch Entgrenzung von Arbeit verschwimmen die Grenzen zwischen Erwerbstätigkeit und Privatbereich. Daraus können neue Chancen für mehr Selbstbestimmung in der Erwerbstätigkeit, für qualifizierte Arbeit und die bessere Vereinbarkeit von beruflichen und privaten Belangen entstehen. Deregulierung, Arbeitsverdichtung, und Subjektivierung können jedoch auch zu steigenden Anforderungen an die Beschäftigten und zu Reibungsverlusten durch Störung des Betriebsklimas oder der betrieblichen Abläufe führen, die die Regeneration erschweren und die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen. Kollektive Schutzmöglichkeiten werden durch zunehmende Restrukturierung und Arbeitsintensivierung geschwächt. „Es ist kälter geworden", kommentierte eine Betriebsrätin in einer Diskussion im Rahmen der DGB-Arbeitsschutzkonferenz das Schwinden sozialer Ressourcen (vgl. DGB-Region Bremen-Elbe-Weser, 2012).

Der hohe Druck in den Betrieben verstärkt kontraproduktives Verhalten, sodass zahlreiche Beschäftigte – in kleineren Unternehmen eher als in großen und Frauen häufiger als Männer – trotz Wahrnehmung ihrer eingeschränkten Leistungsfähigkeit in vielen Fällen krank oder gar entgegen ärztlichem Rat zur Arbeit gehen. Dieses als Präsentismus bezeichnete Phänomen kommt im Bereich der personenbezogenen Dienstleistungen, in dem mehr Frauen beschäftigt sind, häufiger vor als in – männerdominierten – technischen und Fertigungsbetrieben. Gründe für Präsentismus sind

das hohe Arbeitspensum, Rücksicht auf Kollegen, Konfliktvermeidung sowie Angst um den Arbeitsplatz (vgl. Kramer et al., 2013). Arbeiten trotz Krankheit führt zur verstärkten Belastung und verringert die erforderlichen Spielräume zur Genesung und Regeneration, wie sie im Folgenden beschrieben werden.

Erholung

Die Qualität der Erholung wird durch die Arbeitsbedingungen und die Ressourcen beeinflusst; Handlungsspielraum oder zeitliche Flexibilität können z. B. die Bewältigung von Belastungen fördern, jedoch auch vorhandene Belastungssituationen verstärken und Überforderung begünstigen sowie die Spielräume für Ausgleich und Erholung in und nach der Arbeit beschneiden (vgl. Junghanns, 2012). Eine repräsentative Befragung in NRW 2011 ergab, dass „Gedanken an die Arbeit“ für mehr als 40 % der Befragten, vor allem für Frauen, das entscheidende Hindernis für die Regeneration in der arbeitsfreien Zeit darstellen. Diese Antwort erfolgte noch vor familiären und sozialen Verpflichtungen sowie vor finanziellen und wirtschaftlichen Aspekten. Männer nannten die Verpflichtung gegenüber der Familie bzw. der Partnerin, zur Betreuung von Kindern und das Gefühl, ständig erreichbar sein zu müssen, häufiger als Frauen. Flexible Arbeitsformen, Arbeitsverdichtung und Arbeitsintensivierung wirken verstärkend für die fehlende Distanz zur Erwerbsarbeit. Längere Arbeitszeiten und flexible Arbeitszeitformen erschweren die Erholung, da sie physiologisch ungünstig sind, stärker belasten, Erholungszeiten und die Schlafqualität beeinträchtigen. 60 % der Befragten, für die die Gedanken an die Arbeit der Erholung entgegenstehen, müssen auch am Wochenende und an Feiertagen arbeiten (vgl. LIA. NRW, 2013, S. 38 ff.).

Das Problem, nach der Arbeit nicht abschalten zu können, betrifft Frauen mehr als Männer: Für Beschäftigte aus den Bereichen Erziehung und Unterricht, Energieversorgung, Gesundheits- und Sozialwesen, wissenschaftliche, technische und andere Dienstleistungen trifft dieser Faktor häufig zu. Mehr als ein Drittel setzt sich innerlich auch in der freien Zeit mit beruflichen Problemen auseinander, insbesondere diejenigen, die sehr häufig oder oft gehetzt arbeiten müssen, von wachsender Arbeitsintensität betroffen sind oder von denen Erreichbarkeit in der Freizeit erwartet wird (vgl. DGB, 2012, S. 16 ff.).

Entgrenzung zwischen Arbeit und Privatbereich besteht auch in umgekehrter Richtung und dann eher als schützender Faktor: Arbeitsbeginn oder -ende für pri-

vate Angelegenheiten zu verschieben, telefonisch für private Aufgaben erreichbar zu sein oder diese auch während der Arbeitszeit erledigen zu können, gilt für etwa die Hälfte der Beschäftigten und wirkt positiv als Ressource (vgl. Hessenmöller et al., 2014, S. 54 ff.).

Neuroenhancement

Eine wachsende Zahl von Beschäftigten praktizieren Neuroenhancement (NE) (vgl. Kap. 13). Der Begriff bezeichnet den Missbrauch verschreibungspflichtiger Betablocker, Antidepressiva, Antidementiva oder Psychostimulanzien, frei erhältlicher oder illegaler Medikamente und Substanzen ohne medizinische Notwendigkeit. Motive dafür sind die Steigerung von Belastbarkeit und Ausdauer sowie der kognitiven Leistungsfähigkeit angesichts zunehmender Beschleunigung und Entgrenzung von Arbeit, die Kompensation von Ängsten und psychischen Belastungen sowie die Verbesserung des psychischen Befindens. Neuroenhancement wird durch den Druck begünstigt, keine Fehler machen zu dürfen, bis an die Grenze der Leistungsfähigkeit zu arbeiten oder auch sich häufig neue Inhalte und Methoden aneignen zu müssen. Risikofaktoren für Neuroenhancement stellen befristete Beschäftigung, ein unsicherer Arbeitsplatz sowie überlange Wochenarbeitszeiten dar. Beschäftigte, die entweder ihre Gefühle im Griff haben müssen oder Kunden/Patienten gegenüber bestimmte Gefühle zum Ausdruck bringen müssen oder auch an der Grenze der Leistungsfähigkeit arbeiten, tendieren eher zur medikamentösen Stimmungsverbesserung. Neuroenhancement ist inzwischen nahezu gleich auf die Geschlechter verteilt; Männer intendieren eher Leistungssteigerung, Frauen eher Stimmungsverbesserung oder Abbau von Ängsten und Nervosität als Motive zur Neuroenhancement-Nutzung. Schützend für beide Geschlechter wirken eine höhere Qualifikation und die Anforderung der Kreativität (vgl. DAK, 2009; DAK, 2015; Schilling et al., 2012).

Arzneiverordnungsdaten, repräsentative Erwerbstätigen- bzw. Bevölkerungsbefragungen und Experteninterviews ergeben auf den ersten Blick eine niedrige, aber signifikante und steigende Betroffenheit sowie Zusammenhänge von NE-Nutzung und der Intensivierung und Flexibilisierung von Arbeit: Eine Befragung ergab, dass innerhalb der letzten zwölf Monate jeweils 3 von 100 Befragten ohne medizinische Notwendigkeit verschreibungspflichtige Medikamente zur Steigerung der Leistungsfähigkeit oder zur Verbesserung der Stimmung eingenommen hatten. Experten

gehen jedoch von einer hohen Dunkelziffer und von tatsächlich um etwa 80 % höheren Zahlen aus (vgl. DAK, 2009, S. 37 ff.; DAK, 2015, S. 29 ff.; Schilling et al., 2012).

Mehr als die Hälfte der leistungssteigerndenn Medikamente werden ohne entsprechenden gesundheitlichen Befund, aber auf ärztliches Rezept bezogen. Auch nicht verschreibungspflichtige Präparate, wie Schmerzmedikamente, Koffein oder Ginseng sowie illegale Amphetamine, Cannabis und Kokain, werden zur Leistungssteigerung konsumiert. In vielen Fällen lässt sich nicht einmal ein kurzfristiger Nutzen des Neuroenhancement belegen. Längerfristig kommt es nicht zur Steigerung kognitiver Leistungen, im Extrem fördert Neuroenhancement möglicherweise die Entwicklung psychischer Störungen. Zusätzlich besteht die Gefahr der Überforderung und völligen Erschöpfung, wenn Erschöpfungszustände verdeckt und Leistungsgrenzen dauerhaft überschritten werden (vgl. Franke/Lieb, 2013).

8.3.3 Folgen für die Gesundheit von Männern und von Frauen

Gesundheitliche Folgen arbeitsbedingter Belastungen stellen sich i. d. R. nicht unmittelbar oder im Sinne eines Ursache-Wirkungs-Mechanismus ein. Deshalb lassen sich Aussagen zur Auswirkung der Veränderungen in der Arbeitswelt jeweils erst zeitlich verzögert treffen. Beim Erkrankungsgeschehen und aus den Erkenntnissen zu arbeitsbedingten gesundheitlichen Risiken sind jedoch Trends erkennbar.

Stress und psychosoziale Arbeitsbelastungen erhöhen das Erkrankungsrisiko insbesondere für Angsterkrankungen und depressive Störungen sowie für Herz-Kreislauf- und Muskel-Skelett-Erkrankungen. Zudem weisen verschiedene Untersuchungen auch auf Zusammenhänge mit reproduktiven Problemen und anderen Erkrankungen hin, wie eine umfassende Expertise belegt (vgl. Angerer et al., 2014). Etwa ein Viertel der Beschäftigten sind demnach Erkrankungsrisiken ausgesetzt, die durch psychosoziale Arbeitsbelastung bedingt sind. Bei etwa 20 % aller Depressionen in der Erwerbsbevölkerung und bei jedem zehnten Herzinfarkt bei Männern spielen sie eine Rolle. Es ist davon auszugehen, dass arbeitsbedingte psychosoziale Belastungen tatsächlich, mit zunehmender Einwirkungszeit und bei multifaktoriellem Belastungsgeschehen, einen noch stärkeren Einfluss auf das Erkrankungsgeschehen ausüben. Die Ergebnisse der Expertise zeigen, dass mit einer gesundheitsförderlichen und gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsbedingungen eine Vielzahl von Erkrankungen vermeidbar wäre (vgl. Angerer et al., 2014).

Die aktuellen Gesundheitsberichte der Krankenkassen weisen auf eine Zunahme von Erkrankungsrisiken aufgrund physischer und psychischer Belastung und Stress hin. Nach einem Rückgang seit den 1990er-Jahren stieg z. B. die Arbeitsunfähigkeit der beschäftigten BKK-Pflichtmitglieder zwischen 2006 und 2013 um fünf Tage. Der Krankenstand erhöhte sich gleichzeitig von 3,5 % auf fast 4,9 %, vor allem aufgrund der kontinuierlichen Zunahme der Muskel-Skelett-Erkrankungen und der psychischen Krankheiten.[39] Insgesamt verursachten Muskel-Skelett-Erkrankungen (überwiegend Wirbelsäulenerkrankungen) als zweithäufigste Krankschreibungsursache mit durchschnittlich etwa 20 Tagen pro Fall und 448 AU-Tagen je 100 Pflichtmitgliedern den größten Anteil, nämlich rund ein Viertel aller Fehlzeiten. Krankheiten der Atmungsorgane, vorwiegend Erkältungskrankheiten als häufigster Krankschreibungsgrund, haben kurze durchschnittliche Falldauern. Sie hatten aufgrund der Grippewelle 2013 mit 288 AU-Tagen je 100 Pflichtmitgliedern den zweithöchsten Anteil (knapp 17 %) an den Arbeitsunfähigkeitszeiten. Mit deutlich weniger Arbeitsunfähigkeitsfällen, jedoch einer durchschnittlichen Dauer von je 40 Tagen nahmen die Fehlzeiten durch psychische und Verhaltensstörungen (261 AU-Tage je 100 Pflichtmitgliedern) im Jahr 2013 den dritten Rang (fast 14 %) der krankheitsbedingten Fehlzeitenursachen ein, vor allem aufgrund von Depressionen sowie neurotischen und Belastungsstörungen und – wenn auch mit deutlich weniger Fallzahlen – Suchterkrankungen (vgl. Knieps/Pfaff, 2014, S. 35 ff., S. 106 ff.).[40]

Die drei häufigsten Diagnosen der weiblichen Versicherten entfallen auf Muskel-Skelett-Erkrankungen, psychische Erkrankungen und Atemwegserkrankungen. Bei den männlichen Versicherten sind ebenfalls Muskel-Skelett-Erkrankungen am häufigsten, jedoch gefolgt von Atemwegserkrankungen sowie Verletzungen/Vergiftungen (vgl. Knieps/Pfaff, 2014, S. 179 ff.). Auch innerhalb der Diagnosehauptgruppen bestehen Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Unter den zehn wichtigsten Einzeldiagnosen der weiblichen Versicherten finden sich vier Diagnosen aus der Gruppe der psychischen Erkrankungen und zwei das Muskel-Skelett-System betreffende Diagnosen; bei den männlichen Versicherten verhält es sich umgekehrt. Sucht-

39 Dieser Trend zeigt sich auch in den Statistiken anderer gesetzlicher Krankenkassen; abhängig von der Versicherten- und Branchenstruktur ergeben sich jeweils leichte Differenzen.

40 Bei den psychischen und Burnout-Diagnosen spielen auch die zunehmende Enttabuisierung psychischer Erkrankungen, Veränderungen des Diagnoseverhaltens und der Diagnosekriterien, Zugangsvoraussetzungen zu Beratung und Therapie sowie geschlechterbezogene Rollenbilder bei den Betroffenen und im Gesundheitssystem eine Rolle (vgl. Berger et al., 2011).

erkrankungen als Arbeitsunfähigkeitsgrund finden sich bei Männern fast dreimal so häufig wie bei Frauen. Burnout, als „Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung" (ICD-Z73) klassifiziert, zählt anders als oft dargestellt nicht zur Gruppe der psychischen Erkrankungen. Es stellt häufig eine Begleitdiagnose dar. Die Arbeitsunfähigkeit infolge von Burnout geht nach starker Zunahme seit 2004 inzwischen bei männlichen und weiblichen Versicherten zurück; jedoch sind Frauen mit 97 Tagen je 1.000 Mitgliedern deutlich stärker betroffen als Männer mit 62 Tagen je 1.000 Versicherten (vgl. Knieps/Pfaff, 2014, S. 106 ff.).

Tab. 8.4: Belastungen, die in Berufsgruppen mit hoher Krankheitslast gehäuft vorkommen (ohne Gewichtung) (vgl. Bödeker/Barthelmes, 2011, S. 13)

- Schichtarbeit
- Lasten heben
- Rauch, Staub, Gase
- Kälte, Hitze etc.
- Öl, Fett, Schmutz
- Zwangshaltungen
- Vibrationen
- schlechte Beleuchtung
- Gefahrstoffe/Strahlung
- Schutzkleidung
- unter Lärm arbeiten
- Mikroorganismen
- Tabakrauch
- Einzelheiten vorgeschrieben
- Stückzahl vorgegeben
- nicht selbst planen
- keinen Einfluss auf Pausen
- Tätigkeit nicht wichtig
- nicht Teil der Gemeinschaft
- Zusammenarbeit nicht gut
- kaum Unterstützung durch Kollegen

In den Branchen und Berufsgruppen bestehen unterschiedlich hohe arbeitsbedingte Erkrankungsrisiken (vgl. Tab. 8.4). Männer sind eher körperlich, durch erhöhte fachliche oder Führungsverantwortung sowie durch Lärm und Vibrationen und lange Arbeitszeiten belastet und haben ein höheres Unfallrisiko. Die Arbeit von Frauen ist häufig gekennzeichnet durch hohe Verantwortung für andere Menschen, durch Monotonie und geringe Handlungsspielräume; auch sexuelle Belästigung kommt bei ihnen häufiger vor als bei Männern; körperlich sind Frauen eher durch ungünstige und einseitige Körperhaltungen belastet (vgl. Kuhn, 2008). Als wesentliche Ursachen beruflich bedingter Muskel-Skelett-Beschwerden gelten geschlechtsunabhängig Fehl- und Zwangshaltungen, schweres und häufiges Heben und Tragen von Lasten, Vibrationen, Verletzungen/Unfälle sowie kurze Erholzeiten; schädigend wirken Unterforderung und Überforderung (vgl. Bödeker/Barthelmes, 2011, S. 66).

Beschäftigte in Gesundheitsberufen sind überdurchschnittlich häufig von Muskel-Skelett-Beschwerden, psychovegetativen Beschwerden sowie von körperlicher und emotionaler Erschöpfung betroffen. In Fertigungsberufen, bei Bergleuten und Mineralgewinnern kommen ebenfalls überwiegend Muskel-Skelett- und psychovegetative Beschwerden vor, bei Beschäftigten in Bauberufen vor allem Muskel-Skelett-Beschwerden. In technisch-naturwissenschaftlichen, akademischen Berufen sowie in Land-/Forstwirtschaft und Gartenbau sind unterdurchschnittlich viele Gesundheitsbeschwerden zu verzeichnen (vgl. Deutscher Bundestag, 2014). Frauen, die in einem männerdominierten Beruf arbeiten, haben ein höheres Risiko für das Auftreten einer Depression, Männer in einem frauendominierten Beruf jedoch nicht (vgl. Tophoven et al., 2014).

Die gesundheitlichen Auswirkungen atypischer und prekärer Beschäftigungsformen sind noch wenig untersucht. Belegt sind erhöhte Arbeitsunfallrisiken, mehr gesundheitliche Beschwerden, eine seltenere Teilnahme an Vorsorge-Untersuchungen, vermehrter Nikotin- und Alkoholkonsum, jedoch seltener Arbeitsunfähigkeit als bei unbefristet Vollzeitbeschäftigten. Das kann auf die Verbreitung atypischer Beschäftigung in unfallträchtigen Wirtschaftsbereichen, auf Arbeitsplatzunsicherheit, einen hohen Anteil gering qualifizierter Beschäftigter sowie die stärkere Betroffenheit durch gesundheitliche Risiken zurückgeführt werden (vgl. Sanwald/Theurl, 2014).

Unterschiede bei der Verteilung der Risiken für eine verminderte Erwerbsfähigkeit sind in starkem Maß durch die berufliche Qualifikation, den beruflichen und sozialen Status und die Arbeits- und Lebensbedingungen bedingt. So besteht für gering qualifizierte Männer mit körperlicher Arbeit in den neuen Bundesländern ein erhöhtes Risiko, aufgrund von Muskel-Skelett-Erkrankungen vorzeitig aus dem Erwerbsleben auszuscheiden. Entgegengesetzt verhält es sich bei hoch qualifizierten Frauen in den alten Bundesländern, deren Erwerbsminderungsrisiko zehnmal geringer ist als bei Männern in den neuen Bundesländern (vgl. Müller et al., 2013). Die mit Abstand häufigsten Fälle von Erwerbsminderung beruhen auf psychischen und Verhaltensstörungen. Frauen sind dabei durchgängig und mit steigender Tendenz stärker betroffen als Männer: 49 % der Neuverrentungen von Frauen entfielen im Jahr 2013 auf psychische Erkrankungen, knapp 37 % bei Männern. Darauf folgen nach Häufigkeit Muskel-Skelett- und Bindegewebskrankheiten sowie Krebserkrankungen, die in etwa gleich auf die Geschlechter verteilt sind. Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Männern sind der nächst häufigste Grund (vgl. BAuA, 2014, S. 157 ff.).

8.4 Schutz und Förderung der Gesundheit in einer sich verändernden Arbeitswelt

Angesichts hoher und steigender Anforderungen und vor dem Hintergrund der Heraufsetzung des gesetzlichen Renteneintrittsalters wächst die Bedeutung einer wirksamen betrieblichen Prävention. Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung zielen auf die Verringerung von Belastungen, eine gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung sowie auf die Förderung von Motivation, Leistung und Kompetenzen der Beschäftigten. Werden diese im Betrieb umgesetzt, signalisieren sie Wertschätzung. Passgenaue Maßnahmen wirken als Teil der strukturellen Ressourcen für Gesundheitsschutz und Prävention. Auf strukturelle Entwicklungen wie Flexibilisierung, Subjektivierung und Entkollektivierung haben Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung keinen Einfluss. Ihre Befunde belegen jedoch dringenden Handlungsbedarf aufgrund hoher direkter und zunehmender arbeitsbedingter Belastungen der Beschäftigten. Dem Schutz der Gesundheit angesichts absehbar fortschreitender Veränderungsprozesse in der Arbeitswelt einen höheren Stellenwert beizumessen und die Arbeitsbedingungen im Wandel gesundheitsförderlich zu gestalten, stellt eine Herausforderung der betrieblichen Akteure, der überbetrieblichen Organisationen wie auch der Politik dar.

Die systematische Berücksichtigung geschlechterbezogener Unterschiede in Wissenschaft und Praxis ist ein notwendiger erster Schritt zur Erfassung der Belastungen in typischen Frauenberufen, für die Einbeziehung der Erfahrungen und Motivationen von männlichen und weiblichen Beschäftigten bei der Entwicklung und Umsetzung von Schutzmaßnahmen und Gestaltungslösungen, zur Weiterentwicklung des Vorschriften- und Regelwerks sowie zur besseren Vereinbarkeit von Erwerbsarbeit und Privatbereich für Frauen und Männer (vgl. EU-OSHA, 2003).

Die systematische Einbeziehung der Geschlechterperspektive als konzeptionellem Bestandteil von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung sowie bei der Bedarfsanalyse, Planung, Umsetzung und Auswertung von Aktivitäten trägt zur Verbesserung der gesundheitlichen Chancen von Frauen und Männern bei. Notwendige Schritte und Instrumente dafür sind (vgl. GFMK, 2011, S. 58 ff.; GFMK, 2012, S. 43 ff., S. 73 ff.) folgende:

- Verbesserung der Datengrundlage und der arbeitswissenschaftlichen Erkenntnislage durch gezielte Erforschung und Neubewertung vorliegender

Studien aus der Geschlechterperspektive sowie deren Einbeziehung bei Forschungsprogrammen und -förderung

- Evaluierung der Wirkung von Präventionsprogrammen und -maßnahmen im Hinblick auf die Belange männlicher und weiblicher Beschäftigter und die gezielte Verankerung des Prinzips der Geschlechtergerechtigkeit in den Präventionszielen der gesetzlichen Krankenversicherung
- Überprüfung, Anpassung und Umsetzung von Gesetzen und Vorschriften mit dem Ziel der Schaffung geschlechtergerechter Rahmenbedingungen (vgl. Nebe/Weg, 2014)
- Sensibilisierung und Qualifizierung der betrieblichen und überbetrieblichen Akteure, Entscheider und Multiplikatoren in Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung, mit dem Ziel der Berücksichtigung von Frauen und Männern auf allen Ebenen der Prozesse und zur Förderung der Wachsamkeit gegenüber möglicherweise vorhandenen geschlechtsspezifischen Mustern
- Verwendung geschlechtersensibler Sprache und Bilder in Medien und Kommunikation
- Einbeziehung von Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung in die Gleichstellungspolitik

Im Arbeitsschutzgesetz ist mit dem Gebot der präventiven Ausrichtung und Orientierung am Stand von Technik und Wissenschaft, der Verknüpfung von Technik, Arbeitsorganisation, Arbeits- und Umweltbedingungen ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess angelegt. Demzufolge sind die Flexibilisierung, Deregulierung, zunehmende Informatisierung und andere Veränderungen der Erwerbsarbeit sowie geschlechterbezogene Unterschiede einzubeziehen. Die zeitgemäße Novellierung rechtlicher Regelungen (wie der Verordnung zum Schutz gegen psychische Belastungen oder der Novellierung der Arbeitsstättenverordnung, mit der eine Anpassung des Arbeitsschutzes an die zunehmende Mobilität bei der Bildschirmarbeit intendiert ist) findet jedoch aufgrund unterschiedlicher Positionen und Intentionen der beteiligten Organisationen und Verbände in langwierigen Aushandlungsprozessen und zeitlich verzögert statt (vgl. Deutscher Bundestag, 2013; DGB, 2015).

Dem Erhalt der Gesundheit von Erwerbstätigen in allen Beschäftigungsformen muss bei der Entwicklung und Gestaltung arbeitsweltbezogener Veränderungen

auf verschiedenen Ebenen vorausschauend Rechnung getragen werden, und zwar durch konsequente Berücksichtigung in der arbeitswissenschaftlichen Forschung, in Arbeitsschutzvorschriften, bei der betrieblichen Arbeitsschutzorganisation, der Qualifikation der Akteure und in der Aufsichtstätigkeit. Insbesondere das Schutzniveau atypisch und prekär Beschäftigter ist zu verbessern. Dies kann durch die Berücksichtigung des für sie bestehenden Belastungsspektrums und ihre systematische Einbeziehung in die betriebliche Arbeitsschutzorganisation geschehen.

Der Einsatz von Fremdfirmen und Leiharbeitskräften erfordert die Klärung von Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten der beteiligten Arbeitgeber und betrieblichen Gremien. Eine verbesserte Kommunikation an den Schnittstellen zu den Stammbelegschaften und die Unterrichtung aller Belegschaftsteile sind sicherzustellen. Dabei sind auch Solo-Selbstständige einzubinden, deren Schutz gegenwärtig durch Arbeitsschutzvorschriften und in der betrieblichen Praxis nicht ausreichend gewährleistet ist. Konzepte und Maßnahmen für den gesundheitlichen Schutz in mobiler und flexibler Arbeit müssen vorangetrieben werden. Ein wirksamer Schutz der Beschäftigten in kleinen, Kleinst- und mittleren Unternehmen erfordert zielgerichtete, auf die Situation der Anwender zugeschnittene Information und Beratung, aber auch Kontrolle durch die Aufsichtsorgane. Bei der weiteren Entwicklung der Arbeitszeitvorschriften sind Ruhe- und Erholungszeiten sowie Pausen zu berücksichtigen und deren Einhaltung ist konsequent zu überwachen. Die Zunahme der psychischen Belastungen sowie der Belastungen durch einseitige Bewegungsmuster, Bewegungsverarmung und Zwangshaltungen muss im Arbeitsschutz stärker berücksichtigt werden. Schließlich sind für die Aufsicht ausreichende personelle Kapazitäten bereitzustellen und die Aufsichtspersonen zu den Veränderungen der Arbeitswelt sind zu schulen.

Betriebliche Gesundheitsförderung kann mittels Gesundheitsberichterstattung und Einbeziehung von Erfahrungen und Kompetenzen der Beschäftigten belastende Strukturen und Mechanismen aufzeigen und Ressourcen der Beschäftigten stärken. Belastungen und gesundheitliche Risiken in deregulierten, bisher weniger beachteten Beschäftigungsbereichen und Tätigkeiten müssen dabei gezielt identifiziert werden. Darauf aufbauend steht die Weiterentwicklung der Konzepte, Instrumente und Praxis von Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung an, sodass BGF auch für bisher vernachlässigte Beschäftigtengruppen, z. B. in Kleinbetrieben oder in flexiblen Arbeitsformen, verfügbar ist.

Literatur

Almstadt, E./Gebauer, G./ Medjedovic, I. (2012). *Arbeitsplatz Kita. Berufliche und gesundheitliche Belastungen von Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen im Land Bremen*. Schriftenreihe Institut Arbeit und Wirtschaft, (15).

Angerer, P./Siegrist, K./Gündel, H. (2014). *Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Erkrankungsrisiken: Wissenschaftliches Gutachten (Expertise) im Auftrag des Landesinstituts für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen*. In: Seiler, K./Jansing, P.-J. (Hrsg.): Erkrankungsrisiken durch arbeitsbedingte psychische Belastung. Düsseldorf: Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes NRW, S. 30–169.

BAuA (2015). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012*. Faktenblätter. www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Statistiken/Arbeitsbedingungen/Erwerbstaetigenbefragung-2011-2012.html (27.07.2015).

BAuA (2014). *Gefährdungsbeurteilung mithilfe der Leitmerkmalmethode*. www.baua.de/de/Themen-von-A-Z/Physische-Belastung/Gefaehrdungsbeurteilung.html (21.05.2015).

BAuA (2007). *Pflegende schleppen mehr als Bauarbeiter*. Pressemitteilung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und vom 14.11.2007. Dortmund.

Bayer, W./Hoffmann, T. (2015). *Gesetzeswidrige Mitbestimmungslücken bei der GmbH*. GmbH-Rundschau, (17), S. 909–918.

Bechmann, S./Dahms, V./Tschersich, N. et al. (2013). *Beschäftigungsmuster von Frauen und Männern. Auswertungen des IAB-Betriebspanels 2012*. IAB-Forschungsbericht, (14), Nürnberg.

Beck, D./Lenhardt, U. (2014). *Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland: Verbreitung und Inanspruchnahme. Ergebnisse der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragungen 2006 und 2012*. In: Das Gesundheitswesen DOI: 10.1055/s-0034-1387744; www.thieme-connect.com/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0034-1387744 (19.05.2015).

Becker, K./ Engel, T. (2015). *Reduziertes Schutzniveau jenseits der Normalarbeit*. WSI Mitteilungen, (3), S. 178–179.

Beermann, B./Brenscheidt, F./Siefer, A. (2008). *Unterschiede in den Arbeitsbedingungen und -belastungen von Frauen und Männern*. Dortmund. www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel16.html (19.05.2015).

Beicht, U./Walden. G. (2014). *Berufswahl junger Frauen und Männer: Übergangschancen in betriebliche Ausbildung und erreichtes Berufsprestige*. BIBB Report, 8 (4). www.bibb.de/bibbreport-4-2014 (29.04.2015).

Berger, M./Linden, M./Schramm, E. et al. (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout*. Berlin. www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_medien/download/pdf/stellungnahmen/2012/stn-2012-03-07-burnout.pdf (29.04.2015).

BIBB/BAuA (2006). *BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung*. www.bibb.de/de/2892.php (29.04.2015).

BMAS/BAuA (2014). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2013 – Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

BMFSFJ (Hrsg.) (2001). *Verbundprojekt zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland. Eine Bestandsaufnahme unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Entwicklung in West- und Ostdeutschland*. Berlin: Kohlhammer.

Bödeker, W./ Barthelmes, I. (2011). *Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Berufe mit hoher Krankheitslast. Synopse des wissenschaftlichen Erkenntnisstandes und ergänzende Datenanalysen*. iga-Report, (22).

Brenke, K. (2015). *Wachsende Bedeutung der Frauen auf dem Arbeitsmarkt*. DIW-Wochenbericht, 82 (5), S. 75–86. http://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.495837.de/15-5-1.pdf (29.04.2015).

Büntgen, M. (2010). *Betriebliche Gesundheitsförderung für Männer und Frauen am Beispiel Stress. Abschlussbericht 2009*. Arbeitspapier 185. Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.

Bundesagentur für Arbeit (2015). *Betriebe und sozialversicherungspflichtige Beschäftigung – Deutschland*. Nürnberg. https://statistik.arbeitsagentur.de/nn_280978/SiteGlobals/Forms/Rubrikensuche/Rubrikensuche_Form.html?view=processForm&resourceId=210368&input_=&pageLocale=de&topicId=746744&year_month=201412&year_month.GROUP=1&search=Suchen (14.08.2015).

Bundesagentur für Arbeit (2014). *Der Arbeitsmarkt in Deutschland – Frauen und Männer am Arbeitsmarkt im Jahr 2013.* Arbeitsmarktberichterstattung, Juli 2014. Nürnberg.

DAK (Hrsg.) (2015). *Gesundheitsreport 2015. Update: Doping am Arbeitsplatz*. Hamburg: DAK.

DAK (Hrsg.) (2009). *Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz*. Hamburg: DAK.

DASA (2014). *Deutsche Arbeitsschutzausstellung. Sonderausstellung „Die Profis"*. Dortmund. www.dasa-dortmund.de/sonder-ausstellungen/rueckblick/ausstellungen-2014 (19.05.2015).

Deutscher Bundestag (2014). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Jutta Krellmann, Klaus Ernst, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. Psychische Belastungen in der Arbeitswelt*. BT-Drucksache 18/2291, 18. Wahlperiode. http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/022/1802291.pdf (29.04.2015).

Deutscher Bundestag (2013). *Stress am Arbeitsplatz als ernstes Problem*. www.bundestag.de/dokumente/textarchiv/2013/42845368_kw20_pa_arbeit_soziales/210870 (21.05.2015).

Deutscher Bundestag (2012). *Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Beate Müller-Gemmeke, Markus Kurth, Brigitte Pothmer, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Aufsichtstätigkeit beim Arbeitsschutz*. BT-Drucksache 17/10229, 17. Wahlperiode. http://dipbt.bundestag.de/dip21/btd/17/102/1710229.pdf (29.04.2015).

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2015). *Arbeitsstättenverordnung: Verbesserungen überfällig*. Einblick. Gewerkschaftlicher Info-Service, (3). http://einblick.dgb.de/++co++e4b5e098-ae0c-11e4-b7b3-52540023ef1a (19.05.2015).

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2014). *Wie die Beschäftigten die Arbeitsbedingungen in Deutschland beurteilen. DGB-Index Gute Arbeit. Der Report 2014. Mit dem Themenschwerpunkt: Arbeitszeitgestaltung. Einflussmöglichkeiten der Beschäftigten, die Verlässlichkeit von Verträgen*. Berlin.

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2012). *Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung. So beurteilen die Beschäftigten die Lage.* Ergebnisse der Repräsentativumfrage 2011 des DGB-Index Gute Arbeit GmbH. Berlin.

DGB-Region Bremen-Elbe-Weser (2012). *Die Seele kann am Rücken schmerzen. Wandel der Arbeitswelt – Wandel der Belastungen*. Bremen. http://bremen.dgb.de/++co++523b357c-b55c-11e1-5915-00188b4dc422 (21.05.2015).

DGUV – Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (2011). *Vorschrift 2. Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit. Unfallverhütungsvorschrift.* http://publikationen.dguv.de/dguv/udt_dguv_main.aspx?QPX=TUlEPTEwMDEmRENYUEFSVElEPTEwMDA4 (29.04.2015).

DIN EN ISO 10075. *Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung*. Berlin: Beuth-Verlag.

DNBGF – Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (2007). *Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union*. In der Fassung von Januar 2007. Berlin: Deutsches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. www.luxemburger-deklaration.de (19.05.2015).

Eisenmenger, M./ Loos, C./ Sedmihradsky, D. (2014). *Erwerbstätigkeit in Deutschland – Ergebnisse des Zensus 2011*. Wirtschaft und Statistik, S. 544–560. Berlin: Statistisches Bundesamt. www.destatis.de/DE/Publikationen/WirtschaftStatistik/Zensus/Erwerbstaetigkeit2011_92014.pdf?__blob=publicationFile (29.04.2015).

Ellguth, P./Kohaut, S. (2015). *Tarifbindung und betriebliche Interessenvertretung. Ergebnisse aus dem IAB-Betriebspanel.* WSI-Mitteilungen, (4). S. 290–297.

EU-OSHA (2015a). *Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz, Europäische Beobachtungsstelle für Risiken*. https://osha.europa.eu/de/riskobservatory (19.05.2015).

EU-OSHA (2015b). *Zusammenfassung – Zweite Europäische Unternehmensbefragung über neue und aufkommende Risiken (ESENER-2)*. https://osha.europa.eu/de/esener-enterprise-survey/enterprise-survey-esener (19.05.2015).

EU-OSHA (2013a). *New risks and trends in the safety and health of women at work. European Risk Observatory Literature review.* Luxemburg. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/new-risks-and-trends-in-the-safety-and-health-of-women-at-work (19.05.2015).

EU-OSHA (2013b). *Gesamteuropäische Meinungsumfrage zu Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Ergebnisse für ganz Europa und Deutschland – Mai 2013*. Repräsentative Ergebnisse in 31 teilnehmenden europäischen Ländern für die Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (EU-OSHA). http://osha.europa.eu/en/safety-health-in-figures (27.07.2015).

EU-OSHA (2010). *European Survey of Enterprises on New and Emerging Risks Managing safety and health at work (ESENER)*. Luxemburg. https://osha.europa.eu/en/publications/reports/esener1_osh_management (19.05.2015).

EU-OSHA (2003). *Geschlechtsspezifische Fragen im Zusammenhang mit Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit.* Zusammenfassung eines Berichts der Agentur. Factsheet, (42), Bilbao.

Eurofound (2012). *Veränderungen im Zeitverlauf: Erste Erkenntnisse aus der Fünften Europäischen Erhebung über die Arbeitsbedingungen – Zusammenfassung*. Dublin: Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen. www.eurofound.europa.eu/de/publications/resume/2010/other/changes-over-time-first-findings-from-the-fifth-european-working-conditions-survey-resume (21.05.2015).

Fokuhl, I. (2011). *Ein Blick auf die Statistik der Unfallversicherungen*. In: Brandenburg, S. et al. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht? Hamburg: VSA, S. 50 ff.

Franke, A.G./Lieb, K. (2013). *Pharmakologisches „Cognitive Enhancement“*. Hessisches Ärzteblatt, 74 (2), S. 100–103.

Gaucher, D./Friesen, J./ Kay, A. (2011). *Evidence that gendered wording in job advertisements exists ans sustains gender inequality*. In: Journal of Personality and Social Psychology, (101), S. 109–128.

GDA-Portal (2015a).*Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Arbeitsprogramme 2013–2018.* www.gda-portal.de/de/Arbeitsprogramme2013-2018/Arbeitsprogramme2013-2018.html;jsessionid=8EDFEBE94B8895B33C2BA4DB2DA0114C.2_cid333 (08.10.2015).

GDA-Portal (2015b). *Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie. Arbeitsprogramm MSE*. www.gdabewegt.de/GDA_MSE/DE/Arbeitsprogramm/Beschaeftigte/Beschaeftigte_node.html (21.05.2015).

GDA – Gemeinsame Deutsche Arbeitsschutzstrategie (2014). *Arbeitsschutz auf dem Prüfstand. Abschlussbericht zur Dachevaluation der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie*. Stand: 27. Juni 2014. Berlin: Geschäftsstelle der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz, c/o Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. www.gda-portal.de/de/pdf/GDA-Dachevaluation_Abschlussbericht.pdf?__blob=publicationFile& (21.05.2015).

GFMK – Gleichstellungs- und Frauenministerkonferenz (2012). *Geschlechterperspektive im Arbeits- und Gesundheitsschutz: Betriebliche Gesundheitsförderung geschlechter-sensibel gestalten – neue Aufmerksamkeit für atypische Beschäftigungsverhältnisse*. Bericht der Arbeitsgruppe „Geschlechterperspektive für wirksameren Arbeits- und Gesundheitsschutz" gemäß Auftrag der 21. GMFK. Vorgelegt zur 22. GFMK am 14./15.06.2012. Wiesbaden. https://soziales.hessen.de/familie-soziales/frauen/arbeit-und-soziales/arbeitsschutz (21.05.2015).

GFMK – Gleichstellungs- und Frauenministerkonferenz (2011). *Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung.* Bericht der Arbeitsgruppe „Geschlechtergerechte Praxis im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung" gemäß Auftrag der 20. GFMK. Vorgelegt zur 21. GFMK am 16./17.06.2011. Wiesbaden. https://soziales.hessen.de/familie-soziales/frauen/arbeit-und-soziales/arbeitsschutz (21.05.2015).

Greubel, J./Arlinghaus, A./Nachreiner, F. (2014). *Arbeitszeitflexibilität auf Kosten der Sicherheit? – Zum Zusammenhang zwischen der Variabilität der Arbeitszeit und der Häufigkeit von Arbeitsunfällen*. Zentralblatt für Arbeitswissenschaft, 68 (2), S. 89–95.

Hausmann, A.-C./Kleinert, C (2014). *Berufliche Segregation auf dem Arbeitsmarkt. Männer- und Frauendomänen kaum verändert*. IAB-Kurzbericht, (9). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) der Bundesagentur für Arbeit.

Hessenmöller, A.-M./Pangert, B./Pieper, C. et al (2014). *Iga.Barometer 4. Welle 2013: Die Arbeitssituation in Unternehmen. Eine reräsentative Befragung der Erwerbsbevölkerung in Deutschland. Flexibilität, Life-Domain-Balance und Gesundheit; Auswirkungen von Erwerbslosigkeitserfahrungen*. iga.Report, (27). Berlin.

Holst, H. (2009). *Disziplinierung durch Leiharbeit? Neue Nutzungsstrategien von Leiharbeit und ihre arbeitspolitischen Folgen*. WSI Mitteilungen, (3), S. 143–149.

Hupfeld, J./Brodersen, S./Herdegen, R. (2013). *Arbeitsbedingte räumliche Mobilität und Gesundheit*. iga-Report, (25). Berlin/Essen.

Junghanns, G. (2012). *Termin- und Leistungsdruck*. In: Lohmann-Haislah, A. (Hrsg.): Stressreport Deutschland. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, S. 107–112.

Kaufmann, O. F. (2015). *Berufsbezogene Arbeitsunfallrisiken. Eine Auswertung von Daten der AOK PLUS Sachsen und Thüringen für 2007 bis 2011*. sicher ist sicher, 66 (5), S. 251–259.

Knieps, F./Pfaff, H. (Hrsg.) (2014). *Gesundheit in Regionen – Zahlen, Daten, Fakten. BKK Gesundheitsreport 2014.* Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Kölln, P. (2015). *Männer im Betrieb.de. Das Praxisportal zur Männergesundheit. Für alle, die professionell mit Männern zum Thema Gesundheit arbeiten*. www.maenner-im-betrieb.de (19.05.2015).

Kölln, P. (2014). *Männer im Betrieb(s)zustand. Der Praxisratgeber zur Männergesundheit*. PraxisReihe Arbeit – Gesundheit – Umwelt. Wiesbaden: Universum.

Köper, B./Richter, G. (2012). *Restrukturierung in Organisationen und mögliche Auswirkungen auf die Mitarbeiter. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin*. Dortmund. www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/artikel27.html (21.05.2015).

Kramer, I./Oster, S./Fiedler, M. (2013). *Präsentismus. Verlust von Gesundheit und Produktivität*. iga-Fakten, (6). Berlin, Dresden.

Krause, A./Berset, M./Peters, K. (2015). *Interessierte Selbstgefährdung – von der direkten zur indirekten Steuerung*. ASU – Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin, 50 (3), S. 164–170.

Kuhn, K. (2008). *Geschlechtsspezifische arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen*. In: Badura, B./Schröder, H./Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2007. Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft. Arbeit, Geschlecht und Gesundheit. Geschlechteraspekte im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Heidelberg: Springer, S. 83–96.

LIA.NRW – Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes NRW (2013). *Arbeit, Leben und Erholung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Nordrhein-Westfalen*. Transfer 3. Düsseldorf.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden*. 1. Auflage, Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

MDS – Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen e. V. (Hrsg.) (2014). *Präventionsbericht 2014. Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung: Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung*. Berichtsjahr 2013. Essen/Berlin.

Müller, R./Hagen, C./Himmelreicher, R. (2013). *Risiken für eine Erwerbsminderungsrente. Bremen im Ländervergleich*. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen.

Nebe, K./Weg, M. (2014). *Schützt das Arbeitsschutzrecht Frauen und Männer gleichermaßen?* In: Weg, M./Stolz-Willig, B. (Hrsg.): Agenda Gute Arbeit: geschlechtergerecht! Hamburg: VSA, S. 210–229.

Nielbock, S./Gümbel, M. (2013). *Arbeitsbedingungen beurteilen – geschlechtergerecht. Gender Mainstreaming in der Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen*. 2. überarbeitete Auflage. Berlin: ver.di Bundesverwaltung Bereich Genderpolitik.

Pangert, B./Schüpbach, H. (2013). *Die Auswirkungen arbeitsbezogener erweiterter Erreichbarkeit auf Life-Domain-Balance und Gesundheit*. Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Pangert, B./Schiml, N./Schüpbach, H. (2014). *Flexibilität, Life-Domain-Balance und Gesundheit in der heutigen Arbeitswelt*. iga-Report, (27), S. 54–80.

Pieck, N. (2009). *Gender in Arbeit und Gesundheit. Betriebliches Gesundheitsmanagement als Organisationsentwicklung*. In: Brandenburg, S./Endl, H.-L./Glänzer, E. et al. (Hrsg.): Arbeit und Gesundheit: geschlechtergerecht?! Präventive betriebliche Gesundheitspolitik aus der Perspektive von Männern und Frauen. Hamburg: VSA, S. 102–124.

Pirolt, E./Schauer, G. (2003). *Projekt „Spagat – innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen*. Bremen: Arbeitnehmerkammer Bremen (Hrsg.), S. 42–48.

Polzer, C./Seiler, K. (2015). *Was Beschäftigte in KMU zum BGF-Engagement in ihrem Unternehmen sagen – eine Betrachtung aus NRW*. sicher ist sicher, (66), S. 242–246.

Rigotti, T./Otto, K./Köper, B. (2014). *Herausforderung Restrukturierung – Bedeutung, Auswirkungen, Gestaltungsoptionen*. Dortmund/Berlin/Dresden: BAuA Forschung Projekt F 2305.

Runder Tisch für betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Region Hannover (2014). *Nadelstichverletzungen in der Pflege und Betreuung – Was ist zu tun?* www.runder-tisch-hannover.de/downloads/flyer-und-handlungshilfen (19.05.2015).

Ruppenthal, S./Rüger, H. (2011). *Berufsbedingte räumliche Mobilität – Konsequenzen für Wohlbefinden und Gesundheit.* BKK-Gesundheitsreport, S. 120–125.

Sanwald, A./Theurl, E. (2014). *Atypical employment and health: A meta-analysis.* Universität Innsbruck, Working Papers in Economics and Statistics, (15). eeecon.uibk.ac.at (19.05.2015).

Schilling, R./Hoebel, J./Müters, S. et al. (2012). *Pharmakologisches Neuroenhancement*. GBE kompakt, (3). http://edoc.rki.de/series/gbe-kompakt/2012-3/PDF/3.pdf (19.05.2015).

Schulze Buschoff, K. (2014). *Teilhabe atypisch Beschäftigter: Einkommen, Sozialversicherungsrechte und betriebliche Mitbestimmung*. Arbeit, 23 (3), S. 211–224.

Siegrist, J. (2010). *Arbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit*. In: Bardehle, D./Stiehler, M. (Hrsg.): Erster Deutscher Männergesundheitsbericht. Ein Pilotbericht. München: Zuckschwerdt, S. 72–86.

Starker, A. (2013). *Wie geht es den Männern in Deutschland? Der Männergesundheitsbericht des RKI. Fortbildung für den Öffentlichen Gesundheitsdienst*. Vortrag vom 15.03.2013. http://www.bfr.bund.de/cm/343/wie-geht-es-den-maennern-in-deutschland-der-maennergesundheitsbericht-des-rki.pdf (19.05.2015).

Statistische Ämter des Bundes und der Länder (Hrsg.) (2012). *Arbeitsmärkte im Wandel*. www.statistikportal.de/statistik-portal/arbeitsmaerkte_im_wandel.pdf (19.05.2015).

Statistisches Bundesamt (2014a). *Fachserie 11 Reihe 4.1, Bildung und Kultur – Studierende an Hochschulen, Wintersemester 2013/14*. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/StudierendeHochschulenEndg.html (21.05.2015).

Statistisches Bundesamt (2014b). *Auf dem Weg zur Gleichstellung? Bildung, Arbeit und Soziales – Unterschiede zwischen Frauen und Männern.* Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/Querschnitt/WegzurGleichstellung5120001149004.html (21.05.2015).

Statistisches Bundesamt (2014c). *Unternehmen und Arbeitsstätten. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien in Unternehmen*. Wiesbaden. www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/UnternehmenHandwerk/Unternehmen/InformationstechnologieUnternehmen5529102137004.pdf?__blob=publicationFile (19.05.2015).

Strauß, S./Ebert, A. (2010). *Langfristige Konsequenzen von Erwerbsunterbrechungen auf das Lebenseinkommen – bildungs- und geschlechtsspezifische Unterschiede*. DRV-Schriften, Bd. 55, S. 209–231.

Strobel, H. (2013). *Auswirkungen von ständiger Erreichbarkeit und Präventionsmöglichkeiten. Teil 1: Überblick über den Stand der Wissenschaft und Empfehlungen für einen guten Umgang in der Praxis*. Iga-Report, (23), 1. Auflage, Berlin/Essen.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.) (2013). *Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg.

Tophoven, S./Du Prel, J.-B./Peter, R. et al. (2014). *Working in gender-dominated occupations and depressive symptoms: findings from the two age cohorts of the lidA study*. Journal for Labour Market Research, Online-Publikation. http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs12651-014-0165-2 (19.05.2015).

Vogel, L. (2003). *The gender workplace health gap in Europe*. Brüssel: European Trade Union Technical Bureau for Health and Safety (TUTB).

Wanger, S. (2015). *Frauen und Männer am Arbeitsmarkt. Traditionelle Erwerbs- und Arbeitszeitmuster sind nach wie vor verbreitet.* IAB-Kurzbericht, (4), Nürnberg. http://doku.iab.de/kurzber/2015/kb0415.pdf (29.04.2015).

Wanger, S./Weigand, R./Zapf, I. (2014). *Revision der IAB-Arbeitszeitrechnung 2014. Grundlagen, methodische Weiterentwicklungen sowie ausgewählte Ergebnisse im Rahmen der Revision der Volkswirtschaftlichen Gesamtrechnungen*. IAB-Forschungsbericht, (9). http://doku.iab.de/forschungsbericht/2014/fb0914.pdf (19.05.2015).

WHO (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung.* Ottawa. www.euro.who.int/de/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-health-promotion,-1986 (19.05.2015).

Will-Zocholl, M./ Kämpf, T. (2015). *ITK-Branchenreport 2014. Endbericht an die Hans-Böckler-Stiftung*. München.

WSI – Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (2015a). *Gender News: Große Unterschiede in den Arbeitszeiten von Frauen und Männern.* Ergebnisse aus dem WSI Gender-Daten-Portal. WSI Report, (22). Düsseldorf. www.boeckler.de/pdf/p_wsi_report_22_2015.pdf (29.04.2015).

WSI – Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (2015b). *WSI Gender-Daten-Portal; Rubriken „Arbeitsbedingungen und Belastungen"; „Arbeitszeiten, „Erwerbstätigkeit".* www.boeckler.de/wsi_38957.htm (24.08.2015).

Ziegler, Y./Graml, R. (2011). *Die Illusion von der Vereinbarkeit von Familie und Karriere. Erkenntnisse aus der Frankfurter Karrierestudie 2010: Karriereperspektiven berufstätiger Mütter.* www.frankfurt-university.de/fachbereiche/fb3/kontakt/professorinnen-und-professoren/ziegler/projekt-karriereperspektiven-ber.html (21.07.2015).

9 Gesundheitsförderung für Un- und Angelernte

CHRISTINE BUSCH

Etwa die Hälfte der Erwerbstätigen in Europa übt einfache Tätigkeiten aus. Diese sind durch geringe Handlungsspielräume bei gleichzeitig hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen gekennzeichnet. Beschäftigte in einfachen Tätigkeiten sind un- oder angelernt, stehen häufig in unsicheren Beschäftigungsverhältnissen und sind daher beständig vom Verlust des Arbeitsplatzes bedroht. Migranten arbeiten häufiger als Einheimische in einfachen Tätigkeiten, vor allem in atypischen Beschäftigungsverhältnissen und sind öfter von Arbeitslosigkeit bedroht. Diese Arbeitsbedingungen können zu chronischem Stress führen. Sozial ungleich verteilte Gesundheitschancen sind vielfach empirisch belegt. Un- und angelernte Beschäftigte zu erreichen, stellt eine große Herausforderung für die Prävention dar. Für diese Beschäftigtengruppe wurden zwei betriebliche Präventionsprogramme entwickelt und in zahlreichen Betrieben erprobt: ReSuM und ReSuDi. Der Zugang zu Un- und Angelernten erfolgt dabei je nach Größe des Betriebs, der Arbeitsorganisation und dem Grad an kultureller Diversität der Belegschaft über eine Teamintervention oder über ein Peer-Mentoring-Programm, jeweils in Kombination mit einer Schulung der unteren Führungskräfte. Detaillierte und veröffentlichte Manuale der beiden Programme ermöglichen eine gute Verbreitung und Nutzung, um die Arbeitsbedingungen und damit die Gesundheitschancen Geringqualifizierter zu verbessern.

Un- und Angelernte sind Beschäftigte ohne Berufsausbildung und Beschäftigte mit einer Berufsausbildung, die aber fern ihrer Berufsausbildung eine einfache Tätigkeit ausüben (vgl. Busch et al., 2009). 26,7 % der Bevölkerung Deutschlands im Alter ab 15 Jahren sind ohne beruflichen Bildungsabschluss (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014). 50 % der europäischen Erwerbsbevölkerung, 58 % der Männer und 44 % der Frauen, üben einfache Tätigkeiten aus (vgl. Lyly-Yrjäinen, 2008). In Deutschland ist der Anteil geringer; er variiert jedoch stark in den verschiedenen Wirtschaftszweigen. Die meisten Un- und Angelernten sind in der Landwirtschaft, im Gastgewerbe und Einzelhandel zu finden (vgl. Eurofound, 2012), doch auch in der Nahrungs- und Genussmittelindustrie und im verarbeitenden Gewerbe sowie Baugewerbe sind die Zahlen

hoch. Im Kredit- und Versicherungsgewerbe, im Gesundheitswesen und im Sektor Erziehung und Unterricht sind die Anteile von Un- und Angelernten am geringsten.

Grundsätzlich arbeiten deutlich mehr Männer in einfachen Tätigkeiten als es Frauen tun (vgl. Lyly-Yriänäinen, 2008). Dabei ist die Geschlechtertrennung in un- und angelernten Tätigkeiten stark. Bis zu 80 % der Reinigungs-, Haushalts- und Küchentätigkeiten sowie Tätigkeiten im Handel werden von Frauen ausgeübt. Tätigkeiten im verarbeitenden Gewerbe und auf dem Bau sowie Verkehr werden zu über 60 % von Männern wahrgenommen (vgl. Parent-Thirion et al., 2007). 48 % der Beschäftigten im Niedriglohnsektor üben einfache Tätigkeiten aus, für die keine Berufsausbildung notwendig ist, gegenüber 14 % der Beschäftigten im übrigen Lohnsektor (vgl. Brenke, 2012). Seit Anfang der 1990er-Jahre hat sich die Einkommensschere in Deutschland zwischen den Einkommen der oberen und der unteren 10 % auf über 20 % geweitet: Gründe sind u. a. vermehrte Teilzeit, vor allem geringfügige Beschäftigung, und insgesamt weniger Arbeitszeit bei den Geringverdienern, nicht aber bei den Besserverdienern (vgl. OECD, 2015). 2010 kamen Beschäftigte im Niedriglohnsektor auf 31,6 Wochenarbeitsstunden; außerhalb des Niedriglohnsektors wurden im Schnitt knapp 38 Stunden wöchentlich gearbeitet. 48 % der Beschäftigten im Niedriglohnbereich arbeiten Vollzeit; diese Beschäftigten haben überwiegend eine Berufsausbildung und arbeiten überdurchschnittlich lange (45 Wochenarbeitsstunden) (vgl. Brenke, 2012). Un- und Angelernte hatten 2008 ein durchschnittliches Bruttojahreseinkommen von ungefähr 26.000 Euro; zum Vergleich: das durchschnittliche Bruttojahreseinkommen lag bei ca. 41.500 Euro und für leitende Angestellte bei ca. 81.000 (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009, S. 18). Circa 22 % der Beschäftigten in Deutschland befinden sich im Niedriglohnsektor, d. h. verdienen maximal zwei Drittel des mittleren Stundenlohns (Medianlohn). Das sind ca. 7,3 Millionen Beschäftigte, vor allem Friseure, Taxifahrer, Leiharbeiter, Beschäftigte in Wäschereien und in der chemischen Reinigung, im Gastgewerbe und in der Reinigung mit einem Durchschnittsbruttoeinkommen von 1.430 Euro (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009).

Seit dem 01.01.2015 gilt in Deutschland der allgemeine, gesetzliche Mindestlohn von 8,50 Euro/Stunde, der etwa 52 % des mittleren Stundenlohns in Deutschland entspricht. Prognosen aufgrund der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) aus dem Jahr 2012 kamen zu dem Schluss, dass im genannten Jahr 13 % der Beschäftigten in Westdeutschland und 20 % der Beschäftigten in Ostdeutschland unterhalb der Mindestlohngrenze lagen. Zur Einführung des Mindestlohns im Januar 2015 pro-

fitierten davon jedoch nur noch 4,4 % der Beschäftigten in Deutschland, u. a. weil Betriebe bereits im Vorfeld in Antizipation des Gesetzes Lohnanpassungen vorgenommen hatten. Interessanterweise sind nicht in erster Linie Kleinbetriebe von dem Gesetz betroffen, sondern mittelständische und Großbetriebe in ähnlicher Intensität. Das Ausmaß der Beschäftigung unterhalb des Mindestlohns innerhalb der betroffenen Betriebe war mit 54 % in Brandenburg am höchsten und mit weniger als 36 % in Rheinland-Pfalz am niedrigsten (vgl. Bellmann et al., 2015).

9.1 Beschäftigungssituation von Un- und Angelernten

Die Beschäftigungssituation von Un- und Angelernten ist geprägt von unsicheren Beschäftigungsverhältnissen bei geringer Bezahlung. Un- und Angelernte sind beständig von Erwerbslosigkeit bedroht (vgl. Borrell et al., 2004; Brinkmann et al., 2006; Lyly-Yriänäinen, 2008). Diese unsicheren Beschäftigungsverhältnisse sind bedingt durch befristete Arbeitsverträge, Leiharbeitsverhältnisse, 400-Euro-Jobs, Teilzeitjobs, ABM-Stellen und freie Mitarbeit. EU-weit arbeiten ca. 14 % der ungelernten Beschäftigten sogar ohne Arbeitsvertrag. 29 % der Un- und Angelernten arbeiten in Teilzeit; dies sind fast ausschließlich Frauen (vgl. Parent-Thirion et al., 2007). Un- und Angelernte haben das höchste Arbeitslosigkeitsrisiko und die höchste Arbeitslosenquote (vgl. Reinberg/Hummel, 2003).

Im Vergleich zu Vollzeitbeschäftigten ohne Arbeitslosigkeitsphasen sind Beschäftigte mit zurückliegender Arbeitslosigkeit und von Arbeitslosigkeit bedrohte Beschäftigte signifikant unzufriedener mit der familiären und finanziellen Situation sowie ihren sozialen Beziehungen und dem Leben insgesamt (vgl. Bammann/Helmert, 2000). Die wahrgenommene Bedrohung des Arbeitsplatzes scheint sogar gravierender für das Wohlbefinden zu sein als der tatsächliche Verlust.

Unsichere Beschäftigungsverhältnisse zeichen sich insbesondere durch befristete Arbeitsverträge aus. Befristet Beschäftigte berichten im Allgemeinen von geringen Ressourcen und Anforderungen in ihren Tätigkeiten sowie Gratifikationskrisen (vgl. Kap. 2). So berichten sie von geringen Handlungsspielräumen, geringen Anforderungen und wenig Möglichkeiten zur Partizipation. Sie sind 2,5-mal häufiger in Arbeitsunfälle verwickelt als unbefristet Beschäftigte und geben 1,7-mal häufiger an, mehr in die Arbeitsbeziehung zu investieren, als sie vom Arbeitgeber zurückbekommen (vgl. Rigotti, 2005). Wird ihr Arbeitsengagement in der Wahrnehmung der Beschäf-

tigten nicht ausreichend von der Organisation honoriert, kommt es zu einem Ungleichgewicht, das eine erhebliche Belastung für den Beschäftigten darstellen kann. Die Folgen sind eine verminderte Bindung an den Betrieb, eine geringere Arbeitszufriedenheit und eine erhöhte Kündigungsbereitschaft. Unabhängig davon zeigen sich bei befristet Beschäftigten jedoch auch eine geringere Arbeitsbelastung und weniger Rollenkonflikte (vgl. Rigotti, 2005).

Häufige Betriebswechsel und kürzere Betriebszugehörigkeiten verschlechtern die Chance auf eine Teilnahme an betrieblichen Weiterbildungsmaßnahmen. Bildung stellt jedoch den wichtigsten Faktor dar, um Beschäftigung dauerhaft sicherzustellen. Weiterbildung dient gerade auch bei Ungelernten dazu, ihre Erwerbstätigkeit zu erhalten, und kann Aufstiegsoptionen eröffnen (vgl. Braun et al., 2012).

9.2 Anforderungen, Belastungen und Ressourcen in un- und angelernten Tätigkeiten

Un- und Angelernte haben häufig besonders ungünstige Arbeitsbedingungen, die zu chronischem Stress führen können. Belastungen und Ressourcen in der Tätigkeit spielen dabei die wesentliche Rolle. Gerade einfache Tätigkeiten, wie sie von Un- und Angelernten ausgeführt werden, zeichnen sich durch geringe Handlungsspielräume und Entscheidungsmöglichkeiten, geringe soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte bei gleichzeitig hohen körperlichen und psychosozialen Belastungen aus (vgl. Borrell et al., 2004; Busch et al., 2014; Lyly-Yrjänäinen, 2008; Marmot et al., 1991, 1997; Niedhammer et al., 2008; Rydstedt et al., 2007; Röttger et al., 2003).

Un- und Angelernte arbeiten zudem häufig in Schicht- und Nachtarbeit (vgl. Bosch/Kalina, 2005; Busch et al., 2014; Scrithongchai/Intaranont, 1996). Sie erleben Monotonie in der Ausführung ihrer Tätigkeiten (vgl. Bjorksten/Talback, 2001) und einen vorgegebenen Arbeitstakt durch Maschinen (vgl. Lyly-Yrjänäinen, 2008). Konzentrationsanforderungen und Zeitdruck sind häufig sehr hoch (vgl. Busch et al., 2014; Schreuder et al., 2008). Weiterhin liegen in ihrem Tätigkeitsbereich oft auch zahlreiche Umgebungsbelastungen vor, wie Lärm, Schmutz, extreme Temperaturen oder chemische Belastungen (vgl. Lyly-Yrjänäinen, 2008; Niedhammer et al., 2008).

50 % der Un- und Anglernten in der EU arbeiten zwar in Teams, allerdings meist auf qualitativ niedrigem Niveau, d. h. mit geringer Teamautonomie, fehlenden oder

unregelmäßigen Teamsitzungen und mit geringen Kooperationsnotwendigkeiten und -möglichkeiten (vgl. Busch, 2015; Busch et al., 2013; Eurofound, 2012).

Un- und Angelernten mangelt es an Wertschätzung durch den Vorgesetzten und es mangelt ihnen an Möglichkeiten, an der Gestaltung ihrer Tätigkeiten und ihres Arbeitsplatzes zu partizipieren. Gleichzeitig benennen sie aufgabenbezogene Kommunikation durch den Vorgesetzten, die Präsenz und das Interesse des Vorgesetzten an ihrer Person und wertschätzendes Feedback durch den Vorgesetzten als bedeutsame Ressourcen im Umgang mit Stress. Vorgesetzte von Un- und Angelernten sehen das übrigens sehr ähnlich (vgl. Winkler et al., 2013). In einer Untersuchung mit 474 Un- und Anglernten (50 % Migranten) und 35 direkten Vorgesetzten bestätigten sich die Hypothesen, dass wahrgenommene soziale Unterstützung, aufgabenbezogene Kommunikation und wertschätzendes Feedback durch den direkten Vorgesetzten positive Einflüsse auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und auf die Arbeitszufriedenheit von Un- und Angelernten haben. Wertschätzendes Feedback durch den Vorgesetzten hat darüber hinaus auch Einfluss auf emotionale Erschöpfung und sogar auf psychosomatische Beschwerden (vgl. Winkler et al., 2015). Hier nimmt die Kulturdimension Machtdistanzorientierung Einfluss. Machtdistanzorientierung ist das Ausmaß, in dem akzeptiert wird, dass Macht in einer Organisation ungleich verteilt ist (vgl. Hofstede, 1980, S. 45). Es zeigte sich, dass bei einer hohen Machdistanzorientierung des Vorgesetzten die Effekte der Beziehungen von wertschätzendem Feedback des Vorgesetzten zu Wohlbefinden am Arbeitsplatz, Arbeitszufriedenheit, emotionaler Erschöpfung und psychosomatischen Beschwerden der Beschäftigten abgeschwächt sind. Eine hohe Machtdistanzorientierung des Vorgesetzten zeigte in der Studie aber auch einen positiven Direkteffekt auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz der Beschäftigten, unabhängig vom konkreten Vorgesetztenverhalten. Eine Erklärung für diese Ergebnisse ist, dass Un- und Angelernte eine hohe Machtdistanzorientierung beim Vorgesetzten erwarten und sich diese Erwartungserfüllung daher positiv auf das Wohlbefinden der Untergebenen auswirkt. Gleichzeitig wird wertschätzendes Feedback von einem Vorgesetzten mit hoher Machtdistanzorientierung als nicht glaubwürdig empfunden und wirkt daher nicht positiv auf das Wohlbefinden der Beschäftigten (vgl. Winkler et al., 2014). In einer Längsschnittuntersuchung mit 255 Un- und Angelernten (47,6 % Migranten) über einen Zeitraum von sechs Monaten bestätigte sich, dass Veränderungen der sozialen Unterstützung und des wertschätzenden Feedbacks durch den Vorgesetzen das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und

die Arbeitszufriedenheit der Untergebenen beeinflussen. Aufgabenbezogene Kommunikation durch den Vorgesetzten wirkte sich hingegen ausschließlich auf die Arbeitszufriedenheit und nicht auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz aus. Soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten übte den stärksten Einfluss auf die Arbeitszufriedenheit aus, während ein wertschätzendes Feedback durch den Vorgesetzten die stärkste Wirkung auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zeigte (vgl. Winkler et al., 2015).

Weiterhin bieten un- und angelernte Tätigkeiten kaum Entwicklungsmöglichkeiten (vgl. Sundquist et al., 2003). EU-weit geben nur 32,6 % der Ungelernten im Vergleich zu 67,3 % der gelernten Arbeiter an, komplexe Aufgaben zu erfüllen. Dies ist besonders ungünstig vor dem Hintergrund, dass es einen starken Zusammenhang von Lernmöglichkeiten in der Tätigkeit und Weiterbildungsmotivation sowie Weiterbildungsaktivitäten gibt. Beschäftigte mit komplexen Aufgaben wünschen Weiterbildungsangebote und erhalten sie auch eher als Beschäftigte, die einfache Aufgaben zu erledigen haben. Lediglich 16 % der Ungelernten geben an, in den letzten zwölf Monaten an einer Weiterbildung teilgenommen zu haben (vgl. Parent-Thirion et al., 2007). Die Wahrscheinlichkeit, dass ein formal qualifizierter Erwerbstätiger an einer Weiterbildung teilnimmt, ist viermal größer als bei einem Ungelernten (vgl. Braun et al., 2012). Geringqualifizierte erleben diese ungünstigen Arbeitsbedingungen durch kurze Schulzeiten und fehlende Ausbildungszeiten teilweise über 40 Jahre lang.

9.3 Frauen in un- und angelernten Tätigkeiten

31 % der Frauen in Deutschland im Alter ab 15 Jahren sind ohne beruflichen Bildungsabschluss gegenüber 22 % der Männer (vgl. Statistisches Bundesamt, 2014). Das Risiko im Niedriglohnsektor zu arbeiten ist für Frauen in Vollzeit genau doppelt so hoch wie für vollzeitbeschäftigte Männer: 12 % der Männer und 24 % der Frauen erhielten 2009 einen Niedriglohn (vgl. Statistisches Bundesamt, 2009). 38 % der erwerbstätigen Frauen arbeiten Teilzeit im Vergleich zu 9 % der erwerbstätigen Männer in Deutschland. Gehaltsunterschiede zwischen Männern und Frauen liegen in Deutschland bei 22 % (vgl. OECD, 2015).

Die Arbeitsbelastungen von Männern und Frauen sind je nach Tätigkeit verschieden. Un- und angelernte Beschäftigte in Deutschland beiderlei Geschlechts haben jedoch große Probleme, Erwerbsarbeit und Familien- sowie Hausarbeit zu verein-

baren (vgl. Busch et al., 2010). Für Frauen gilt das in besonderem Maße, denn nach wie vor sind überwiegend Frauen für häusliche Tätigkeiten wie Wäsche waschen, Wohnungsreinigung und Essen kochen zuständig (vgl. Allmendinger/Haarbrücker, 2013). Durch diese Anforderung, teilweise mehrere Erwerbstätigkeiten und Familien- sowie Hausarbeit miteinander zu vereinbaren, sind sie anderen und mehr Belastungen und Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgesetzt als Männer (vgl. Griffin et al., 2006). Konflikte zwischen Erwerbsarbeit und Familien- bzw. Hausarbeit sind bei un- und angelernten Frauen in Deutschland daher stärker ausgeprägt als bei un- und angelernten Männern (vgl. Busch et al., 2010).

Auch bzgl. der Ressourcen in der Erwerbsarbeit gibt es deutliche Geschlechtsunterschiede: Frauen haben häufiger geringere Entscheidungsspielräume, geringere Möglichkeiten zur Kommunikation und Kooperation sowie weniger Partizipationsmöglichkeiten als Männer. Sie können jedoch mehr soziale Ressourcen aktivieren und profitieren hinsichtlich der Verfügbarkeit dieser sozialen Ressourcen von ihren vielen Rollen in Familien- und Hausarbeiten sowie Erwerbstätigkeiten (vgl. Ducki/ Kalytta, 2015).

9.4 Migranten in un- und angelernten Tätigkeiten und multikulturelle Belegschaften

Un- und angelernte Tätigkeiten werden häufig von Migranten ausgeübt. Etwa 40 % der Erwerbstätigen mit Migrationshintergrund arbeiten als Arbeiter, während dies nur auf 20 % der einheimischen Erwerbstätigen zutrifft (vgl. Statistisches Bundesamt, 2011). Migranten, d. h. Personen mit eigener Migrationserfahrung und Personen mit mindestens einem Elternteil mit eigener Migrationserfahrung, haben mit höherer Wahrscheinlichkeit einen geringeren Sozialstatus als Einheimische in Deutschland (vgl. Gerken et al., 2008; Lampert et al., 2005). Sie sind häufiger in atypischen Beschäftigungsverhältnissen zu finden und öfter von Arbeitslosigkeit bedroht als Einheimische (vgl. Brinkmann et al., 2006; Eurofound, 2007; Robert Koch-Institut, 2008). Als Ursachen zeigen sich vielfältige Aspekte: Migranten verfügen häufig über ein geringes Bildungsniveau und eine fehlende formale Ausbildung. 35 % der Migranten bleiben in Deutschland ohne beruflichen Abschluss; fast jeder Zweite der Erwerbsfähigen ohne berufsqualifizierenden Abschluss in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Dazu kommen Schwierigkeiten mit der Anerkennung ausländischer Ab-

schlüsse, Sprachbarrieren, unterschiedliche Werte und Diskriminierung im Zielland (vgl. Brinkmann et al., 2006; Brzoska et al., 2010; Grünheid/Fiedler, 2013; Kirkcaldy et al., 2006). Migranten mit eigener Migrationserfahrung, sogenannte Migranten erster Generation, sind für ihre Tätigkeiten häufig überqualifiziert (vgl. Eurofound, 2007). Allerdings stellen un- und angelernte Tätigkeiten gerade für Einwanderer, die ohne Arbeitsplatzangebot in das Zielland kommen, eine Chance für die Integration dar (vgl. Thränhardt, 2015). Das Ereignis der Migration selbst – bei Flüchtlingen eventuell sogar Kriegs- und Untersdrückungserfahrungen, traumatische Fluchtsituationen, Ausbildungsdefizite aufgrund chaotischer Verhältnisse im Herkunftsland und der migrationsbedingte Akkulturationsprozess – stellen für sie erhebliche Belastungen dar (vgl. Berry, 2006; Carta et al., 2005; Thränhardt, 2015), die den Alltag bestimmen. Eine Erwerbstätigkeit, auch unter dem eigenen Qualifikationsniveau, ermöglicht soziale Integration und Anerkennung im Zielland. Migranten berichten über ein höheres arbeitsbezogenes Wohlbefinden als Einheimische (vgl. Busch/Clasen, 2014; Hoppe et al., 2010; Robert Koch-Institut, 2010). In der o. g. Längsschnittuntersuchung von Winkler et al. (2015) zum Einfluss von Vorgesetztenverhalten auf das Wohlbefinden am Arbeitsplatz und die Arbeitszufriedenheit von Un- und Angelernten, zeigten die Migranten eine geringere Arbeitszufriedenheit als einheimische Un- und Angelernte. Migranten üben häufiger als Einheimische körperlich belastende Tätigkeiten aus (z. B. Tätigkeiten, die Zwangshaltungen erfordern, das Tragen oder Heben schwerer Lasten) und sind häufiger erschwerenden Umgebungsbelastungen ausgesetzt, wie Lärm, Dreck, Kälte, Hitze oder schlechter Luft (vgl. Grofmeyer, 2010; Oldenburg et al., 2010). Beschäftigte mit Migrationshintergrund erleben zudem mehr soziale Stressoren am Arbeitsplatz als Einheimische. Sie sind eher der Gefahr ausgesetzt, Opfer von Diskriminierungen am Arbeitsplatz durch Kollegen und Vorgesetzte zu werden, als einheimische Beschäftigte (vgl. De Castro et al., 2006; Wadsworth et al., 2007). Auch berichten Migranten häufiger von psychosozialen Belastungen durch das Verhalten ihrer Vorgesetzten (vgl. Grofmeyer, 2010) bzw. mehr soziale Stressoren (vgl. Hoppe, 2011b). Die höheren Belastungen der Migranten werden nicht durch Ressourcen in der Arbeitsttätigkeit aufgefangen (vgl. Oldenburg et al., 2010), denn Migranten berichten über weniger Handlungsspielräume als ihre einheimischen Kollegen. Sie verfügen zudem über weniger soziale Ressourcen als ihre deutschen Kollegen, z. B. in Form von sozialer Unterstützung und Anerkennung durch Vorgesetzte und Kolle-

gen (vgl. Simich et al., 2003; Wadsworth et al., 2007; Hoppe et al., 2010; Hoppe, 2011a, 2011b; Winkler et al., 2013).

Multikulturelle Belegschaften zeigen besondere Belastungen für alle Beschäftigten auf, wozu soziale Isolation, Kommunikationsschwierigkeiten, Konflikte, unterschiedliche Arbeitseinstellungen, erhöhte Abwesenheit und Fluktuation zählen. Wichtige Ressourcen für multikulturelle Belegschaften, die die genannten Belastungen abbauen bzw. abpuffern können, sind die Ausbildung einer gemeinsamen Betriebskultur, die Ausbildung einer starken Teamidentifikation, soziale Kontakte und Unterstützung sowie Wertschätzung durch Vorgesetzte. Auch ein hoher Grad an kultureller Vielfalt ist neben Diversity-Management, also der Wertschätzung von Vielfalt im Betrieb, förderlich (vgl. Busch/Clasen, 2014). Mit Teamentwicklungsmaßnahmen können positive Effekte erzielt werden, wenn die Teamidentifikation und die gemeinsame Ziel- und Aufgabenorientierung neben Akzeptanz und Respekt gegenüber anderen kulturellen Werten gefördert werden (vgl. Bachmann, 2006; Busch, 2015).

9.5 Gesundheit von Un- und Angelernten

Arbeitstätigkeit, Bildung, Beschäftigungssituation und Einkommen, aber auch Geschlecht und ein Migrationshintergrund sind wichtige Einflussfaktoren für die Gesundheit. Die Gesundheitschancen sind entsprechend sozial ungleich verteilt: Bei Angehörigen der unteren sozialen Schicht liegen im Vergleich zu Personen mit höherem sozioökonomischem Status höhere Krankheits- und Sterberisiken vor (vgl. Borrell et al., 2004; Geyer, 2008; Klein, 2008; Lampert et al., 2010, 2013; Lampert/Kroll, 2010; Robert Koch-Institut, 2006; Steptoe et al., 2003; Steptoe/Marmot, 2002; Wege et al., 2008): Die mittlere Lebenserwartung von Personen der niedrigen Einkommensgruppe ist zum Zeitpunkt der Geburt bei Männern um fast elf Jahre und bei Frauen um acht Jahre geringer als die von Personen der hohen Einkommensgruppe. Das Risiko, vor dem 65. Lebensjahr zu sterben, ist für Personen der niedrigen Einkommensgruppe doppelt so hoch wie für Personen der höchsten Einkommensgruppe (vgl. Lampert et al., 2010). Personen mit geringem Sozialstatus weisen einen deutlich schlechteren Gesundheitszustand auf als Angehörige der Gruppe mit einem hohen Sozialstatus. Erstere leiden z. B. wesentlich häufiger unter Hypertonie, Diabetes, Arthrose und Depressionen (vgl. Lampert et al., 2013). Männer der unteren sozialen Schicht verhalten

sich gesundheitlich riskanter als alle anderen Gruppen: Sie rauchen mehrheitlich und treiben kaum Sport; zudem nehmen sie nicht an Krebsfrüherkennungsmaßnahmen und anderen Präventionsangeboten teil, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören. Männer und Frauen aus der niedrigen Einkommensgruppe sind oft stark übergewichtig. Starkes Übergewicht, Bluthochdruck und zu hohe Blutfettwerte sind die wichtigsten Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen und genau diese Risikofaktoren steigen mit abnehmendem Sozialstatus deutlich an (vgl. Clasen et al., 2013).

Auch das psychische Wohlbefinden ist bei Personen mit geringem Sozialstatus schlechter als bei Personen mit hohem Sozialstatus (vgl. Borrell et al., 2004). Frühberentungen sind bei Geringqualifzierten häufiger als bei Höherqualifizierten. Die Ursachen dafür werden in den ungünstigen Arbeitsbedingungen gesehen, u. a. in schwerem Heben und Tragen sowie geringer Autonomie am Arbeitsplatz (vgl. Boedeker et al., 2007; Robert Koch-Institut, 2006). Die Risikodifferenz eines weniger guten oder schlechten Gesundheitszustands zwischen der niedrigen und hohen Einkommensgruppe hat bei Männern um 82 % und bei Frauen um 54 % in den letzten 20 Jahren zugenommen: In der niedrigen Einkommensgruppe hat der Anteil der Frauen und Männer, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilen, zugenommen. In der hohen Einkommensgruppe und bei Frauen auch in der mittleren Einkommensgruppe gibt es eine gegenläufige Entwicklung (vgl. Lampert et al., 2010).

Migranten sind häufiger in ihrer Gesundheit beeinträchtigt als Einheimische (vgl. Lampert et al., 2010). Der sogenannte „Healthy Migrant Effect“ besagt zwar, dass psychisch und physisch belastbare Personen eher auswandern als weniger belastbare und Migranten daher am Beginn ihres Aufenthalts in ihrem Zielland im Durchschnitt ein besseres Wohlbefinden als die Einheimischen aufweisen. Auch stellt die wirtschaftliche Situation im Zielland eine neue Ressource dar (vgl. Carta et al., 2005). Mit der Zeit geht dieser Gesundheitseffekt jedoch verloren, u. a. aufgrund der anstrengenden Anpassungsprozesse im Zielland, der zahlreichen Belastungen durch die Migration und durch den geringen Sozialstatus im Zielland (vgl. Kirkcaldy et al., 2006). Eine Kumulation von Gesundheitsrisiken aus dem Herkunfts- und Zielland wird als weitere Erklärung für die höhere gesundheitliche Beeinträchtigung von Migranten herangezogen (vgl. Schenk et al., 2008). Zudem unterscheidet sich das Gesundheitsverhalten von Migranten und Einheimischen in Deutschland: Junge

Migranten haben hierzulande häufiger Übergewicht als Einheimische. Migrantinnen rauchen zwar etwas weniger als deutsche Frauen; männliche Migranten dagegen greifen deutlich häufiger als deutsche Männer zur Zigarette (vgl. Lampert et al., 2013; Razum et al., 2008). Migranten berichten häufiger von muskuloskelettalen Erkrankungen und Schmerzen sowie psychosomatischen und psychischen Beschwerden als Deutsche (vgl. Oldenburg et al., 2010). Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind dagegen weniger verbreitet als bei Einheimischen (vgl. Razum et al., 1998). Darüber hinaus sind Migranten stärker von Arbeitsunfällen betroffen. Sie weisen mehr Krankheitstage auf und werden häufiger als deutsche Beschäftigte wegen Berufskrankheiten, die in Zusammenhang mit ungünstigen Arbeitsbedingungen stehen, frühberentet (vgl. Brzoska et al., 2010; Lampert et al., 2010).

9.6 Betriebliche Angebote zur Gesundheitsförderung und Weiterbildung von Un- und Angelernten

Un- und Angelernte erhalten von ihren Arbeitgebern deutlich seltener Weiterbildungs- und Gesundheitsförderungsangebote als höher qualifizierte Beschäftigte. Als Gründe nennen Arbeitgeber die Auftragslage, die Kosten für Angebote, fehlende zielgruppenspezifische Angebote und die fehlende Teilnahmemotivation Geringqualifizierter. Angebote für Un- und Angelernte gibt es vor allem in größeren Betrieben mit über 250 Mitarbeitern (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2008; Parent-Thirion et al., 2007).

Nicht nur die Quantität der Angebote, auch die Qualität unterscheidet sich: Gelernte Beschäftigte nehmen häufig an Seminaren und Lehrgängen sowie Messen teil, dagegen werden Un- und Angelernte in erster Linie am Arbeitsplatz weitergebildet. Dabei werden betriebs- und tätigkeitsspezifische Kenntnisse vermittelt. Schlüsselkompetenzen wie Problemlösefertigkeiten spielen keine Rolle (vgl. Dobischat et al., 2002).

Deutschland als Hochtechnologiestandort benötigt zunehmend qualifizierte Fachkräfte. Einfache Tätigkeiten werden hierzulande eher abgebaut, sodass die Bedrohung durch Arbeitslosigkeit für Un- und Angelernte weiter zunehmen wird (vgl. Bellmann/Stegmaier, 2006; Moser, 2004). Der Zugang zu anspruchsvolleren Tätigkeiten ist für Ungelernte schwerer, da sie größere Schwierigkeiten haben nachzuweisen, dass sie fähig und motiviert sind, sich während der Einarbeitung die für die Tätigkeit

erforderlichen Kenntnisse anzueignen (vgl. Moser, 2004). Die Politik fordert jedoch zunehmend, auch Un- und Angelernte stärker für den Fachkräftemarkt zu berücksichtigen (vgl. Gabriel, 2015). Braun et al. (2012) geben einen Überblick über Qualifizierungsmaßnahmen für Ungelernte: Die Maßnahmen zielen meist auf die berufliche Integration der Teilnehmenden. Für erwerbstätige Ungelernte werden Angebote zur professionellen Weiterqualifizierung im Berufsfeld, zum Umgang mit gesetzlichen Vorschriften oder zur Etablierung neuer Lern- und Lehrmethoden gemacht. Weitere Angebote richten sich auf Berufswechsel oder Umschulungen, selten auf einen Berufsabschluss. Die Angebote beziehen sich hauptsächlich auf Dienstleistungstätigkeiten und stellen teilqualifizierende Angebote dar.

9.7 Motivation der Un- und Angelernten zur Teilnahme an Gesundheitsförderungsmaßnahmen

In einer Studie zur Lebensgestaltung von gering qualifizierten Beschäftigten (vgl. Busch/Suhr-Ludewig, 2013) zeigte sich eine überwiegende Gegenwartsorientierung. Die von den Teilnehmern der Studie geäußerten Vorstellungen über die Zukunft sowie ihre Wünsche und Pläne bezogen sich vor allem auf den privaten Bereich. Sowohl die von den Personen selbst angegebene Einstellung der Eltern zur Berufsausbildung als auch die der Freunde ging mit der eigenen Einstellung einher (vgl. Busch/Suhr-Ludewig, 2013). Untersuchungen zur Teilnahmemotivation für Gesundheitsförderungsmaßnahmen zeigen ebenfalls, dass Un- und Angelernte nur eine geringe Motivation dafür aufbringen. Die geringe allgemeine und gesundheitsbezogene Selbstwirksamkeitserwartung gilt als große Motivationshürde bei Un- und Angelernten. Aus Sicht der Betroffenen sind ungünstige Arbeitszeiten wie Schichtarbeit, ein zweiter Job, Hausarbeitsverpflichtungen, mangelnde soziale Unterstützung, Alter und mangelnde Fitness weitere Hinderungsgründe (vgl. Alexy, 1990; Tessaro et al., 1998). Einen zentralen Einflussfaktor für die Teilnahmemotivation stellt die Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustandes dar (vgl. Blue et al., 2001). Die Wahrnehmung von Stress führte in einer Längsschnittuntersuchung über zwei Monate dazu, dass sich die Betroffenen in der Folge seltener bewegten (vgl. Lutz et al., 2007). Neben der Wahrnehmung des eigenen Gesundheitszustands spielt die Gesundheit von wichtigen anderen Personen auch eine Rolle für das eigene gesundheitsförderliche Verhalten (vgl. Stonecipher/Hyner, 1993).

Die Erreichbarkeit von Un- und Angelernten stellt die größte Herausforderung für die präventionsorientierte Interventionsforschung und für Präventionsanbieter dar. Bisher werden die Besonderheiten von un- und angelernten Belegschaften von Interventionsforschern und Präventionsanbietern jedoch nur unzureichend berücksichtigt (vgl. Busch/Clasen, 2014).

9.8 ReSuM und ReSuDi – zwei betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme für Un- und Angelernte

Im Folgenden werden zwei erprobte Gesundheitsförderungsprogramme für Un- und Anglernte vorgestellt, die die Besonderheiten von Un- und Angelernten, u. a. die Erreichbarkeit der Zielgruppe besonders berücksichtigen. Das erste Programm nennt sich ReSuM und steht für *Ressourcen- und Stressmanagement für un- und angelernte Mitarbeiter*. Es wurde transdisziplinär von der Universität Hamburg (Fachbereiche Psychologie und Bewegungswissenschaften) und der Beuth Hochschule für Technik Berlin (Fachbereiche Psychologie und Betriebswirtschaft) sowie in enger Zusammenarbeit mit zahlreichen Krankenkassen (z. B. AOK, IKK classic, BKK), der Ärztekammer Berlin und Betrieben verschiedener Branchen entwickelt und evaluiert. Die Entwicklung und Evaluation wurde vom Bundesministerium für Bildung und Forschung finanziert (Förderkennzeichen 01EL0412/0417; Laufzeit 2006 bis 2009).

ReSuM kombiniert eine Teamintervention für Un- und Angelernte mit einer Führungskräfteentwicklung der unteren Führungskräfte und ist insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen (KMU) geeignet. In ReSuM wird der geringen Motivation von Geringqualifizierten an Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilzunehmen insofern Rechnung getragen, als dass die Beschäftigten als Team zur Teilnahme angesprochen werden. Im geschützten sozialen Raum ihres Teams oder ihrer Arbeitsgruppe nehmen auch Beschäftigte teil, die sich allein nicht für eine Teilnahme an einer Gesundheitsförderungsmaßnahme entscheiden würden. Die Einbettung der Schulung in das soziale Arbeitsumfeld schafft zudem günstige Lernbedingungen. Im Team kann die gemeinsame Aufgabenorientierung und Teamidentifikation gestärkt werden. Weiterhin können Partizipations- und Selbstwirksamkeitserfahrungen durch die gemeinsame Bearbeitung alltäglicher Probleme und Störungen im Arbeitsprozess entstehen. Eine Teamintervention unterstützt weiterhin den Transfer

der erarbeiteten Problemlösungen und des Gelernten in den Alltag, denn das soziale Umfeld bleibt erhalten (vgl. Busch, 2015). Die Teamarbeit selbst bietet zudem Entwicklungs- und Gesundheitschancen, die im Rahmen von ReSuM derart genutzt werden, dass z. B. regelmäßige Teamsitzungen eingeführt und die kollektiven Selbstregulationsmöglichkeiten gestärkt werden (vgl. Busch et al., 2013).

Neben der Schulung von un- und angelernten Teams werden in ReSuM die direkten Vorgesetzten geschult, denn sie spielen eine bedeutende Rolle für die Gesundheit ihrer Mitarbeiter: Sie beeinflussen durch ihre Vorbildfunktion, aber auch durch ihre direkte Interaktion und Kommunikation die Gesundheit ihrer Untergebenen. Sie gestalten die Arbeitsbedingungen ihrer Untergebenen mit, wenn auch oftmals sehr eingeschränkt, da sie der untersten Führungskräfteebene zugehören. Vorgesetzte spielen vor allem die zentrale Rolle für den Transfer der erarbeiteten Problemlösungen und des Gelernten in den Alltag. Die Vorgesetzten einzubeziehen ist für den Implementierungserfolg der erarbeiteten Verbesserungsmaßnahmen daher zentral. In ReSuM werden die unteren Führungskräfte zu Anerkennung und wertschätzender Führung sowie zur Durchführung von Teamsitzungen für die gemeinsame Bearbeitung von Problemen im Arbeitsprozess geschult (vgl. Abb. 9.1).

ReSuM umfasst vier dreistündige Sitzungen für Teams mit un- und angelernten Beschäftigten sowie zwei dreistündige Sitzungen für die unteren Führungskräfte. Ziele der Teamintervention in ReSUM sind

1) die Verbesserung der Teamarbeit selbst,
2) die Stärkung des Bewegungsverhaltens und
3) eine Verbesserung der Work-Life-Balance.

Das Programm behandelt über alle Sitzungen hinweg das Thema Bewegung – sowohl die Förderung von Ausgleichsbewegungen im Arbeitsalltag als auch die Förderung von Bewegung in der Freizeit. Der Transfer der Interventionsinhalte in den Alltag wird gestärkt, indem Zielsetzungen vereinbart werden. Inzwischen wurde ein detailliertes Programmmanual veröffentlicht (vgl. Busch et al., 2015e), BGF-Koordinatoren der AOK sind deutschlandweit in ReSuM geschult und die IKK classic hat ReSuM-Inhalte in ihr Schulungskonzept zu „Gesunder Führung“ einfließen lassen. Viele Betriebe haben ReSuM bereits langfristig implementiert; gesundheitliche Effekte des Programms zeigten sich hinsichtlich des arbeitsbezogenen Befindens und psychosomatischer Beschwerden, wie Schlafstörungen (vgl. Busch et al., 2013b).

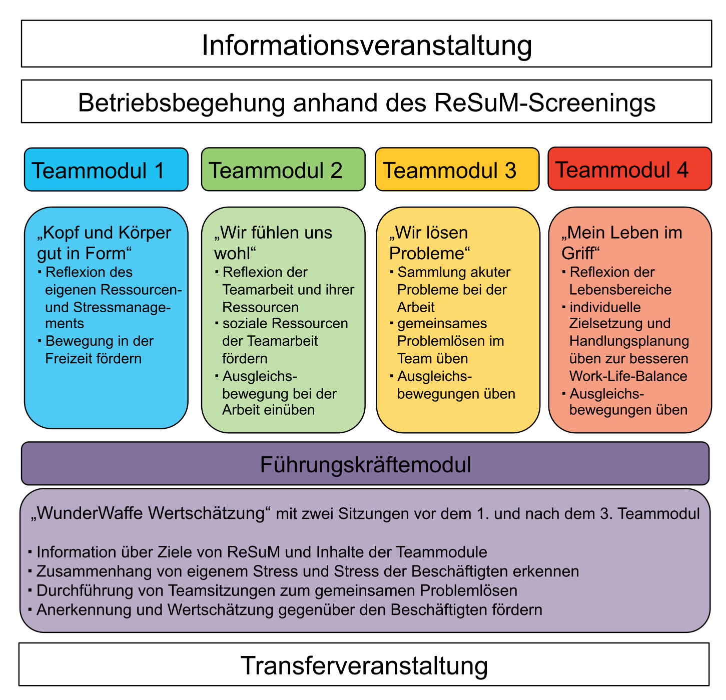


Abb. 9.1: Das ReSuM-Programm (Busch et al., 2015e, S. 4)

Das zweite erprobte Gesundheitsförderungsprogramm für Un- und Angelernte ist das ReSuDi-Programm. ReSuDi steht für *Ressourcen- und Stressmanagement für un- und angelernte Belegschaften mit hoher kultureller Diversität*. Es konzentriert sich auf un- und angelernte Belegschaften mit einem hohen Anteil an Migranten in mittleren Unternehmen und Großbetrieben. Es wurde ebenfalls an der Universität Hamburg in Kooperation mit der AOK Nordwest, der IKK classic und Betrieben verschiedener Branchen entwickelt und evaluiert. Auch hier hat das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01EL0803; Laufzeit 2009 bis 2013) die Entwicklung und Evaluation des ReSuDi-Programms finanziert.

Der Zugang zu den Beschäftigten wird im ReSuDi-Programm über ein Peer-Mentoring in Verbindung mit einer Schulung der unteren Vorgesetzten erreicht (vgl. Abb. 9.2).

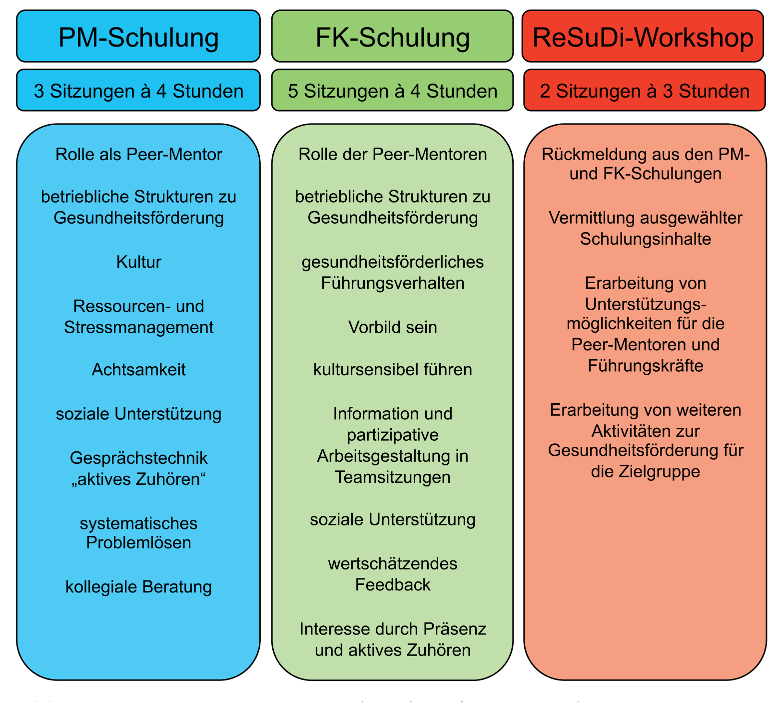


Abb. 9.2: Das ReSuDi-Programm (Busch et al., 2014, S. 49)

Auf der Ebene der un- und angelernten Beschäftigten werden freiwillige, von ihren Kollegen gewählte Personen, die auch von den Vorgesetzten akzeptiert sind, mit unterschiedlichen kulturellen Hintergründen zu Peer-Mentoren (PM) geschult (vgl. Abb. 9.2, PM-Schulung). Die PM lernen in der ReSuDi-Schulung, achtsam gegenüber dem eigenen Stress und dem Stress im Arbeitsumfeld zu sein, die kulturelle Vielfalt in der Belegschaft wertzuschätzen sowie soziale Kontakte und Unterstützung in ihrem Arbeitsumfeld zu fördern. Die PM stehen in engem Kontakt mit dem Vorgesetzten, um Probleme und Anliegen ihrer Kollegen zu kommunizieren. Sie sind Ansprechpartner und Rollenvorbilder für ihre Kollegen, denn sie üben dieselben Tätigkeiten aus, haben denselben oder einen ähnlichen kulturellen Hintergrund und sind im alltäglichen Arbeitsumfeld verfügbar. Pro Betrieb werden mindestens vier PM geschult – damit sie im Betrieb sichtbar sind und sich gegenseitig unterstützen können –, die jeweils bis zu 20 Mentees betreuen. In der Rolle der PM bieten sich neue Anforderungen und damit Entwicklungsmöglichkeiten, die gerade für Migran-

ten der ersten Generation, die häufig für ihre un- und angelernte Tätigkeit überqualifiziert sind, attraktiv sein können. Besonders wichtig ist ein gemeinsames Treffen nach den jeweiligen Schulungen mit den gleichfalls geschulten, direkten Vorgesetzten, da die Zusammenarbeit mit ihnen für den Transfer der Schulungsinhalte in den Arbeitsalltag wesentlich ist. Die Führungskräfte sollen die PM dabei als hilfreiche Unterstützung wahrnehmen.

Das ReSuDi-Programm schult zudem die unteren Führungskräfte (FK) – meist Schichtleiter und Leiter kleiner Arbeitsbereiche – umfassend. Die Teilnehmer bearbeiten in der ReSuDi-Schulung ihr eigenes Stressmanagement, um ihrer Rolle als Vorbild gerecht zu werden, reflektieren Belastungen und Ressourcen ihrer Mitarbeiter sowie deren kulturelle Prägungen und Werte. Die FK beschäftigen sich auch mit der Bedeutung verschiedener kultureller Dimensionen für die betriebliche Kommunikation und Interaktion sowie mit dem Führungsverhalten, wie der bereits o. g. Machtdistanzorientierung. In der Schulung der Führungskräfte wird zudem thematisiert, wie wertschätzendes Feedback gegeben und Interesse durch Präsenz und aktives Zuhören gezeigt wird. Das Thema Wertschätzung wird aber nicht so umfassend wie in der ReSuM-Schulung behandelt. Die Teilnehmer werden in arbeitspsychologischem Handlungswissen, in belastungs- und gesundheitsrelevanten Prozessen und Umsetzungsstrategien geschult. Sie sollen erkennen, dass es ihr zentrales Handlungsfeld in der Mitarbeiterführung ist, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen. Sie bearbeiten in der Schulung Probleme und Anliegen ihrer Untergebenen und üben sich in der Umsetzung von Verbesserungsmaßnahmen (vgl. Abb. 9.2, FK-Schulung).

Im Vergleich zu ReSuM ist ReSuDi für mittelständische und Großbetriebe geeignet, deren Belegschaften einen hohen Anteil an Migranten aufweisen. ReSuDi unterstützt Diversity-Management, d. h. die Wertschätzung von kultureller Vielfalt in den Betrieben (vgl. Busch/Clasen, 2014). Bei ReSuDi sind zudem Workshops für das mittlere Management, Betriebsrat und Geschäftsführung vorgesehen, um wichtige Inhalte der ReSuDi-Schulung auch dieser Ebene zu vermitteln. Das Management soll dabei nicht nur Rückmeldung aus den anderen Schulungen erhalten, sondern auch Kernelemente der Intervention in ihr alltägliches Managementkonzept integrieren, die Prozessbegleitung stärken und die unteren Führungskräfte und Peer-Mentoren bei ihren Verbesserungsmaßnahmen und Bemühungen um gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen unterstützen.

Ein detailliertes Programmmanual liegt veröffentlicht vor (vgl. Busch et al., 2014). Effekte des Programms zeigten sich insbesondere hinsichtlich einer Senkung des Blutdrucks bei den Beschäftigten (vgl. Busch, 2014; Busch et al., 2015a, 2015c). Frauen profitierten zudem stärker von ReSuDi als die teilnehmenden Männer (Busch et al., 2015d). Eine Erklärung hierfür könnte sein, dass Frauen aus den durch ReSuDi gestärkten sozialen Ressourcen mehr Nutzen ziehen, als es die Männer tun.

9.9 Fazit

Gesundheitsförderung für Un- und Angelernte ist aufgrund der sozial ungleich verteilten Gesundheitschancen von hoher Bedeutung. Neben der Arbeitstätigkeit haben Bildung und Einkommen, die Beschäftigungssituation, aber auch Gesundheitsangebote und die Teilnahmemotivation, ein Migrationshintergrund und das Geschlecht Einfluss auf die Gesundheitschancen. Un- und angelernte Beschäftigte mit Maßnahmen zu erreichen, stellt eine große Herausforderung dar. In den beiden vorgestellen Verbundprojekten haben Psychologen, Bewegungswissenschaftler und Betriebswirtschaftler in Zusammenarbeit mit Präventionsanbietern und Betrieben zwei Präventionsprogramme, ReSuM und ReSuDi, für diese Zielgruppe entwickelt und erprobt. Der Zugang zu den Betroffenen erfolgt in den Programmen je nach Größe des Betriebs, der Arbeitsorganisation (Teamarbeit oder vorwiegend Einzeltätigkeiten) und dem Grad an kultureller Diversität der Belegschaft über eine Teamintervention oder über ein Peer-Mentoring-Programm, jeweils in Kombination mit einer gesundheitsbezogenen Schulung der unteren Führungskräfte. Damit nutzen beide Programme das soziale Arbeitsumfeld, um un- und angelernte Beschäftigte zu erreichen. Beide Programmen zielen auf die Verbesserung des gesundheitsbezogenen Führungsverhaltens der direkten Vorgesetzten, auf eine Stärkung der sozialen Kontakte und Unterstützung unter den Beschäftigten sowie auf gemeinsame Arbeitsgestaltungsprojekte zum Abbau von Belastungen und Aufbau von Ressourcen im Arbeitsprozess.

ReSuM zielt zusätzlich auf eine Stärkung der Teamidentifikation, auf die Verbesserung der Zusammenarbeit im Team und auf eine Verbesserung der Teamarbeitsbedingungen. Weiterhin unterscheidet sich ReSuM von ReSuDi dadurch, dass eine Verbesserung des Bewegungsverhaltens und eine verbesserte Work-Life-Balance angestrebt wird. Die Führungskräfteschulung in ReSuM konzentriert sich auf wert-

schätzendes Führungsverhalten und behandelt das Thema Wertschätzung sehr umfassend. ReSuM ist für kleine und mittlere Betriebe geeignet.

ReSuDi spricht dagegen Unternehmen mittlerer Größe und Großbetriebe an, ist für Belegschaften, die Einzeltätigkeiten ausführen und für Belegschaften mit einem hohen Anteil an Migranten geeignet. Es umfasst eine breitere Führungskräfteschulung als ReSuM, die auch das eigene Stress- und Ressourcenmanagement der unteren Vorgesetzten, die Kultur und Führung multikultureller Belegschaften aufgreift und Arbeitsgestaltungsprojekten mehr Raum gibt.

Die detaillierten veröffentlichten Manuale der beiden vorgestellten Programme ermöglichen eine gute Verbreitung und einfache Nutzung durch Präventionsanbieter und Betriebe.

Literatur

Alexy, B. (1990). *Workplace health promotion and the blue collar worker*. Official journal of the American association of occupational health nurses, 38 (1), S. 12–16.

Allmendinger, J./Haarbrücker, J./Fliegner, F. (2013). *Lebensentwürfe heute. Wie junge Frauen und Männer in Deutschland leben wollen. Kommentierte Ergebnisse der Befragung 2012*. Discussion Paper des Wissenschaftszentrums Berlin für Sozialforschung, S. 35–37.

Bachmann, A. S. (2006). *Melting pot or tossed salad? Implications for designing effective multicultural workgroups*. Management International Review, 46 (6), S. 721–747.

Bammann, K./Helmert, U. (2000). *Arbeitslosigkeit, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. In: Helmert, U./Bammann, K./Voges, W. et al. (Hrsg.): Müssen Arme früher sterben? Soziale Ungleichheit und Gesundheit in Deutschland. Weinheim: Juventa, S. 159–185.

Belkić, K./Nedic, O. (2007). *Workplace stressors and lifestyle-related cancer risk factors among female physicians: Assessment using the Occupational Stress Index*. Journal of occupational health, 49 (1), S. 61–71.

Bellmann, L./Bossler, M./Gerner, H. et al. (2015). *Reichweite des Mindestlohns in deutschen Betrieben*. IAB Kurzbericht, (6). http://doku.iab.de/kurzber/2015/kb0615.pdf (05.08.2015).

Bellmann, L./Stegmaier, J. (2006). *Betriebliche Weiterbildung für ältere Arbeitnehmer/innen: Der Einfluss betrieblicher Sichtweisen und struktureller Bedingungen*. Report. Zeitschrift für Weiterbildungsforschung, 29 (3), S. 29–40.

Berry, J. W. (2006). *Acculturative Stress*. In: Wong, P. T. P./Wong, L. C. J. (Hrsg.): Handbook of multicultural perspectives on stress and coping. New York: Springer, S. 287–298.

Bjorksten, M./Talback, M. (2001). *A follow-up study of psychosocial factors and musculoskeletal problems among unskilled female workers with monotonous work*. European Journal of Public Health, 11 (1), S. 102–108.

Blue, C. L./Wilbur, J./Marston-Scott, M. V. (2001). *Exercise among blue-collar workers: Application of the theory of planned behavior*. Research in Nursing & Health, 24 (6), S. 481–493.

Boedeker, W./Friedel, H./Friedrichs, M. et al. (2007). *The impact of work on morbidity-related early retirement*. Journal of Public Health, 16 (2), S. 97–105.

Borrell, C./Muntaner, C./Benach, J. et al. (2004). *Social class and self-reported health status among men and women: What is the role of work organisation, household material standards and household labour?* Social science & medicine, 58 (10), S. 1869–1887.

Bosch, G./Kalina, T. (2005). *Entwicklung und Struktur der Niedriglohnbeschäftigung*. In: Institut Arbeit und Technik (Hrsg.): Jahrbuch 2005. Gelsenkirchen, S. 29–46.

Braun, U./Bremser, F./Schöngen, K. et al. (2012). *Erwerbstätigkeit ohne Berufsabschluss – Welche Wege stehen offen?* BiBB-Report, (17).

Brenke, K. (2012). *Geringe Stundenlöhne, lange Arbeitszeiten*. DIW Wochenbericht, (21), S. 3–12.

Brinkmann, U./Dörre, K./Röbenack, S. et al. (2006). *Prekäre Arbeit: Ursachen, Ausmaß, soziale Folgen und subjektive Verarbeitungsformen unsicherer Beschäftigungsverhältnisse*. Bonn: Wirtschafts- und sozialpolitischen Forschungs- und Beratungszentrum der Friedrich-Ebert-Stiftung.

Brzoska, P./Reiss, K./Razum, O. (2010). *Arbeit, Migration und Gesundheit*. In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin: Springer, S. 129–139.

Bundesagentur für Arbeit (2008). *Geringqualifizierte Beschäftigte bei Weiterbildung benachteiligt*. Pressemitteilung Nr. 21 vom 22.09.2008.

Busch, C. (2015). *Teambasiertes Stress- und Ressourcenmanagement für Geringqualifizierte*. In: Busch, C./Roscher, S./Ducki, A. et al. (Hrsg.): Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion – ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual. Das ReSuM-Programm. Heidelberg: Springer, S. 52–68.

Busch, C. (2014). *Gesundheitslernen in betrieblichen Maßnahmen der Prävention*. Die Zeitschrift für Erwachsenenbildung, (1), S. 38–40.

Busch, C./Cao, P./Clasen, J. et al. (2014). *Betriebliches Gesundheitsmanagement bei kultureller Vielfalt. Ein Stressmanagement-Programm für Service, Gewerbe und Produktion*. Heidelberg: Springer.

Busch, C./Clasen, J. (2014). *Multikulturelle Belegschaften*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H. et al. (Hrsg.): Fehlzeitenreport 2014. Erfolgreiche Unternehmen von morgen – gesunde Zukunft heute gestalten. Heidelberg: Springer, S. 93–102.

Busch, C./Clasen, J./Deci, N. et al. (2015a). *Arbeitswelt als Zugang – ein Multiplikatorenprogramm zur Gesundheitsförderung von un- und angelernten Belegschaften mit hohem Migrantenanteil*. Das Gesundheitswesen, 77 (1), S. 35–36.

Busch, C./Ducki, A./Bamberg, E. et al. (2015b). *Entwicklung und Evaluation eines Gesundheitsförderungsprogramms für Un- und Angelernte unter besonderer Berücksichtigung der Transfersicherung*. Das Gesundheitswesen, 77 (1), S. 129–130.

Busch, C./Koch, T./Clasen, J. et al. (2015c). *The evaluation of an organizational health intervention for low-skilled workers and immigrants.* Under review.

Busch, C./Koch, T./Clasen, J. et al. (2015d). *When women profit more of health intervention programs.* In preparation.

Busch, C./Roscher, S./Ducki, A. et al. (2015e). *Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion – ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual. Das ReSuM-Programm*. Heidelberg: Springer.

Busch, C./Deci, N./Laackmann, M. (2013). *Teamarbeit und Gesundheit – Der Einfluss von Teammerkmalen auf Stressbewältigung und Gesundheit bei Un- und Angelernten.* Gruppendynamik und Organisationsentwicklung, 44 (2), S. 133–151.

Busch, C./Lück, P./Ducki, A. (2009). *ReSuM: Stress- und Ressourcenmanagement für Geringqualifizierte*. In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J. et al.. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Heidelberg: Springer, S. 205–214.

Busch, C./Staar, H./Aborg, C. et al. (2010). *The neglected employees:Work-Life Balance and an occupational stress management intervention for low-qualified workers*. In: Houdmont, J./Ledka, S. (Hrsg.): Contemporary occupational health psychology: Global perspectives on research, education and practice. Chichester, England: Wiley-Blackwell, S. 98–123.

Busch, C./Suhr-Ludewig, K. (2013). *Work-Life Balance – Lebensgestaltung von Frauen in un- und angelernten Tätigkeiten*. Gruppendynamik und Organisationsentwicklung, 44 (2), S. 171–187.

Carta, M. G./Bernal, M./Hardoy, M. C. et al. (2005). *Migration and mental health in Europe (the state of the mental health in Europe working group: appendix 1).* Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH, 1 (13), S. 1–16.

Castro, A. B./Fujishiro, K./Sweitzer, E. et al. (2006). *How immigrant workers experience workplace problems: A qualitative study.* Archives of Environmental and Occupational Health, 61 (6), S. 249–258.

Chandola, T./Brunner, E./Marmot, M. (2006). *Chronic stress at work and the metabolic syndrome: Prospective study*. British Medical Journal, (332), S. 521–525.

Christensen, K. B./Labriola, M./Lund, T. et al. (2008*). Explaining the social gradient in long-term sickness absence: A prospective study of Danish employees*. Journal of epidemiology and community health, 62 (2), S. 181–183.

Clasen, J./Busch C./Vowinkel, J. et al. (2013). *Arbeitssituation und Gesundheit von geringqualifizierten Beschäftigten in kulturell diversen Belegschaften*. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 44 (2), S. 91–110.

De Castro, A. B./Fujishiro, K./Sweitzer, E. et al. (2006). *How immigrant workers experience workplace problems: a qualitative study*. Archives of Environmental and Occupational Health, 61 (6), S. 249–258.

Diener, E./Oishi, S./Lucas, R. E. (2003). *Personality, culture and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life*. Annual review of psychology, (54), S. 403–425.

Dobischat, R./Seifert, H./Ahlene, E. (2002). *Betrieblich-berufliche Weiterbildung von Geringqualifizierten – Ein Politikfeld mit wachsendem Handlungsbedarf.* WSI-Mitteilungen, (1), S. 25–31.

Ducki, A./Kalytta, T. (2015). *Genderaspekte im Stress- und Ressourcenmanagement*. In: Busch, C./Roscher, S./Ducki, A. et al. (Hrsg.): Stressmanagement für Teams in Service, Gewerbe und Produktion – ein ressourcenorientiertes Trainingsmanual. Das ReSuM-Programm. Heidelberg: Springer, S. 35–51.

Ehling, M./Sommer, B. (2010). *Struktur und Entwicklung der Bevölkerung in Deutschland*. In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report, 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin: Springer, S. 57–67.

Eurofound (2012). *Fifth European Working Conditions Survey*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.

Eurofound (2007). *Employment and working conditions of migrant workers. Retrieved July, 1, 2013.* http://www.eurofound.europa.eu/docs/ewco/tn0701038s/tn0701038s.pdf (05.08.2015).

Gabriel, S. (2015). *Potenziale besser ausschöpfen*. Tagesschau am 02.01.2015. https://www.tagesschau.de/wirtschaft/rente-139.html (17.08.2015).

Gerken, U./Salman, R./Krauth, C. et al. (2008). *Von muttersprachlichen Präventionsberatern werden Migranten besser erreicht*. Public Health Forum, 16 (59), S. 20–21.

Geyer, S. (2008). *Social inequalities in the incidence and case fatality of cancers of the lung, the stomach, the bowels, and the breast*. Cancer Causes & Control, 19 (9), S. 965–974.

Griffin, B. C. S./Tucker, P. J./Liburd, J. (2006). *Mind over matter: Exploring ob stress among female blue-collar workers.* Journal of Women's Health, 15 (10), S. 1105–1110.

Grofmeyer, E. (2010). *Anforderungen und Lösungen kultureller Diversifizierung*. In: Badura, B./ Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin: Springer, S. 253–262.

Grünheid, E./Fiedler, C. (2013). *Bevölkerungsentwicklung 2013. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel*. Wiesbaden: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, S. 1–74.

Hanebuth, D./Meinel, M./Fischer, J. E. (2006). *Health-related quality of life, psychosocial work conditions, and absenteeism in an industrial sample of blue- and white-collar employees: A comparison of potential predictors*. Journal of Occupational and Environmental Medicine, 48 (1), S. 28–37.

Hofstede, G. (1980). *Motivation, leadership, and organization: Do American theories apply abroad?* Organizational Dynamics, (9), S. 42–63.

Hoppe, A. (2011a). *Betriebliche Gesundheitsförderung bei kultureller Diversität*. In: Bamberg, E./ Ducki, A./Metz, A. M. (Hrsg.): Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch. Göttingen: Hogrefe, S. 487–499.

Hoppe, A. (2011b). *Psychosocial working conditions and well-being among immigrant and German low-wage workers*. Journal of occupational health psychology, 16 (2), S. 187–201.

Hoppe, A./Heaney, C. A./Fujishiro, K. (2010). *Stressors, resources and well-being among Latino and White warehouse workers in the United States*. American Journal of Industrial Medicine, 53 (3), S. 252–263.

Kawachi, I./Marmot, M. (1998). *Commentary: What can we learn from studies of occupational class and cardiovascular disease?* American journal of epidemiology, 148 (2), S. 160–163.

Kirkcaldy, B./Wittig, U./Furnham, A. et al. (2006). *Migration und Gesundheit. Psychosoziale Determinanten*. Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz, 49 (9), S. 873–883.

Klein, T. (2008). *Soziale Ungleichheit der Mortalität im Lebenslauf.* Public Health Forum, 16 (59), S. 9–10.

Lampert, T./Kroll, L. E. (2010). *Armut und Gesundheit*. GBE kompakt, (5), S. 1–10.

Lampert, T./Kroll, L. E./Kuntz, B. et al. (2013). *Gesundheitliche Ungleichheit.* In: Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, S. 259–258.

Lampert, T./Ryl, L./Sass, A. C. et al. (2010). *Gesundheitliche Lage und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung im Erwerbsalter in Deutschland*. In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin: Springer, S. 69–81.

Lampert, T./Saß, A.-C./Häfelinger, M. et al. (2005). *Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Armut, soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsB/Armut.pdf?__blob=publicationFile (05.08.2015).
Lundberg, U. (1999). *Stress responses in low-status jobs and their relationship to health risks: Musculoskeletal disorders*. Annals of the New York Academy of Sciences, 896 (1), S. 162–172.
Lutz, R. S./Lochbaum, M. R./Lanning, B. et al. (2007). *Cross-lagged relationships among leisure-time exercise and perceived stress in blue-collar workers*. Journal of Sport & Exercise Psychology, 29 (6), S. 687–705.
Lyly-Yrjänäinen, M. (2008). *Who needs up-skilling? Low-skilled and low-qualified workers in the European Union*. http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2008/97/en/1/EF0897EN.pdf (05.08.2015).
Marmot, M./Bosma, H./Hemingway, H. et al. (1997). *Contribution of job control and other risk factors to social variations in coronary heart disease incidence*. The Lancet, 350 (9073), S. 235–239.
Marmot, M./Smith, D. V./Stansfeld, S. et al. (1991). *Health inequalities among British civil servants : The Whitehall II study*. The Lancet, 337 (8754), S. 1387–1393.
Moser, K. (2004). *Beschäftigungschancen für Geringqualifizierte in einfachen Dienstleistungstätigkeiten*. Frankfurt a. M.: Lang.
Niedhammer, I./Chastang, J.-F./David, S. et al. (2008). *The contribution of occupational factors to social inequalities in health: Findings from the national French SUMER survey*. Social science & medicine (1982), 67 (11), S. 1870–1881.
OECD (2015). *OECD Labour Force Statistics 2014*. Paris: OECD Publishing. http://dx.doi.org/10.1787/oecd_lfs-2014-en (05.08.2015).
Oldenburg, C./Siefer, A./Beermann, B. (2010). *Migration als Prädiktor für Belastung und Beanspruchung?* In: Badura, B./Schröder, H./Klose, J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2010. Vielfalt managen: Gesundheit fördern – Potenziale nutzen. Berlin: Springer, S. 141–151.
Parent-Thirion, A./Macias, E. F./Hurley, J. et al. (2007). *Fourth European Working Conditions Survey*. Luxemboug: Office for official publications of the European communities.
Razum, O./Zeeb, H./Akgün, H. S. et al. (1998). *Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: Merely a healthy migrant effect.* Tropical Medicine and International Health, 3 (4), S. 297–303.
Razum, O./Zeeb, H./Meesmann, U. et al. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes: Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut. http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsT/migration.pdf;jsessionid=A4897F11329A89E0CE4CDAEBFBE25577.2_cid363?__blob=publicationFile (05.08.2015).
Reinberg, A./Hummel, M. (2003). *Geringqualifizierte: In der Krise verdrängt, sogar im Boom vergessen*. IAB Kurzbericht, (19). http://doku.iab.de/kurzber/2003/kb1903.pdf (05.08.2015).
Rigotti, T. (2005). *Zwischen Unsicherheit und Flexibilität*. Impulse – Newsletter zur Gesundheitsförderung, 4 (49), S. 8–9.
Robert Koch-Institut (2010). *Gesundheit in Deutschland aktuell – Telefonischer Gesundheitssurvey (GEDA).* www.gbe-bund.de (05.08.2015).
Robert Koch-Institut (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
Robert Koch-Institut (2006). *Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Berlin: Robert Koch-Institut.

Röttger, C./Friedel, H./Bödeker, W. (2003). *Arbeitsbelastungen und gesellschaftliche Kosten – Fokus und Perspektiven der Prävention*. WSI Mittteilungen, 56 (10), S. 591–596.
Rydstedt, L. W./Devereux, J./Sverke, M. (2007). *Comparing and combining the demand-control-support model and the effort reward imbalance model to predict long-term mental strain*. European Journal of Work and Organizational Psychology, 16 (3), S. 261–278.
Schenk, L./Ellert, U./Neuhauser, H. (2008). *Migration und gesundheitliche Ungleichheit.* Public Health Forum, 16 (59), S. 18–19.
Schreuder, K. J./Roelen, C. A. M./Koopmans, P. C. et al. (2008). *Job demands and health complaints in white and blue collar workers*. Work (Reading, Mass.), 31 (4), S. 425–432. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19127013 (05.08.2015).
Scrithongchai, S./Intaranont, K. (1996). *A study of impact of shift work on fatigue level of workers in a sanitary-ware factory using a fuzzy set model*. Journal of Human Ergology, 25 (1), S. 93–99.
Simich, L./Beiser, M./Mawani, F. N. (2003). *Social support and the significance of shared experience in refugee migration and resettlement*. Western Journal of Nursing Research, (27), S. 872–891.
Statistisches Bundesamt (2014). *Statistisches Jahrbuch*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/StatistischesJahrbuch/StatistischesJahrbuch2014.pdf;jsessionid=B8639263CD1B6BA4339C858DD750833C.cae2?__blob=publicationFile (05.08.2015).
Statistisches Bundesamt (2011). *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2010*. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220107004.pdf?__blob=publicationFile (05.08.2015).
Statistisches Bundesamt (2009). *Verdienste und Arbeitskosten 2008.* https://www.destatis.de/DE/PresseService/Presse/Pressekonferenzen/2009/Verdienste/begleitheft_verdienste.pdf?__blob=publicationFile (05.08.2015).
Steptoe, A./Kunz-Ebrecht, S./Owen, N. et al. (2003). *Socioeconomic status and stress-related biological responses over the working day*. Psychosomatic Medicine, 65 (3), S. 461–470.
Steptoe, A./Marmot, M. (2002). *The role of psychobiological pathways in socio-economic inequalities in cardiovascular disease risk.* European Heart Journal, (23), S. 13–25
Stonecipher L./Hyner, G. C. (1993). *Health practices before and after a work-site health screening*. Journal of Occupational Medicine, (35), S. 297–306.
Sundquist, J./Östergren, P. O./Sundquist, K. et al. (2003). *Psychological working conditions and self-reported long-term illness: A population-based study of swedish-born and foreign-born employed persons.* Ethnicity and Health, 8 (4), S. 307–317.
Tessaro, I./Campbell, M./Benedict, S. et al. (1998). *Developing a worksite health promotion intervention: Health works for women*. American Journal of Health Behavior, 22 (6), S. 434–442.
Thränhardt, D. (2015). *Die Arbeitsintegration von Flüchtlingen in Deutschland.* http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/28_Einwanderung_und_Vielfalt/Studie_IB_Die_Arbeitsintegration_von_Fluechtlingen_in_Deutschland_2015.pdf (05.08.2015).
Wadsworth, E./Dhillon, K./Shaw, C. et al. (2007). *Racial discrimination, ethnicity and work stress.* Occupational Medicine, 57 (1), S. 18–24.
Wege, N./Dragano, N./Erbel, R. et al. (2008). *When does work stress hurt? Testing the interaction with socioeconomic position in the Heinz Nixdorf Recall Study*. Journal of epidemiology and community health, 62 (4), S. 338–341.

Winkler, E./Busch, C./Duresso, R. (2013). *Gesundheitsförderliches Führungsverhalten bei un- und angelernten, kulturell diversen Belegschaften*. Gruppendynamik und Organisationsentwicklung, 44 (2), S. 153–169.

Winkler, E./Busch, C./Clasen, J. et al. (2015). *Change in leadership behavior predicts change in job satisfaction and well-being: A longitudinal investigation of low-skilled workforces.* Journal of Leadership & Organizational Studies, 22 (1), S. 72–87.

Winkler, E./Busch, C./Clasen, J. et al. (2014). *Leadership behavior as a health-promoting resource for workers in low-skilled jobs and the moderating role of power distance orientation*. German Journal of Research in Human Resource Management, 28 (1–2), S. 96–116.

World Health Organization (2012). *BMI classification*. http://apps.who.int/bmi/index.jsp?introPage=intro_3.html (05.08.2015).

10 Einflussfaktoren atypischer Beschäftigungsverhältnisse auf die Gesundheit

SARAH MÜMKEN, CORNELIA GERDAU-HEITMANN,
FRAUKE KOPPELIN

Atypische Beschäftigung in Form von Teilzeit, Zeitarbeit, geringfügiger oder befristeter Beschäftigung hat in den vergangenen Jahren deutlich an Bedeutung gewonnen. Zwischen 1991 und 2014 verdoppelte sich der Anteil der atypisch abhängig beschäftigten Männer an allen Erwerbstätigen zwischen 15 und 64 Jahren von 6 auf 12 %. Unter den Frauen stieg der Anteil von 22 auf zuletzt 32 % an (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015).

Parallel zeigen Forschungsbefunde, dass atypische Beschäftigung tendenziell mit geringeren Löhnen, reduzierten Weiterbildungsmöglichkeiten, geringerer Beschäftigungsstabilität, eingeschränkter sozialer Absicherung, schlechteren Arbeitsbedingungen sowie einer geringeren Einhaltung von Sicherheitsrichtlinien und gesetzlichen Bestimmungen einhergeht. Da zudem alle diese Faktoren potenziell mit einer schlechteren Gesundheit assoziiert sind, müssen diese Beschäftigungsformen intensiver als bislang in den Blick genommen werden.

Im folgenden Beitrag wollen die Autorinnen daher den nationalen und internationalen Forschungsstand zu den Einflussfaktoren atypischer Beschäftigung auf die Gesundheit nachzeichnen.

In Deutschland ist das sogenannte Normalarbeitsverhältnis, hinter dem sich eine abhängige, sozialversicherungspflichtige und unbefristete Beschäftigung in Vollzeit verbirgt (vgl. Hoffmann/Wallwei, 1998), immer noch die am weitesten verbreitete Beschäftigungsform. Allerdings hat das Normalarbeitsverhältnis in den vergangenen Jahren an Dominanz verloren, während von diesem Konstrukt abweichende, sogenannte atypische Beschäftigungsformen, einen beachtlichen Zuwachs verzeichneten. Die Zuschreibung *atypisch* variiert in Abhängigkeit davon, was jeweils als Normalität verstanden wird bzw. aus normativer Sicht als solche verstanden werden soll (vgl. Seifert/Keller, 2013, S. 11). Die Autorinnen orientieren sich im Folgenden an der begrifflichen Eingrenzung, wie sie u. a. vom Statischen Bundesamt vorgenommen wird und fokussieren ihre Betrachtung atypischer Beschäftigungsformen auf

Teilzeitbeschäftigung, geringfügige Beschäftigung, Befristungen und Zeitarbeit (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015).

Die strukturellen Änderungen auf dem Arbeitsmarkt haben Einfluss auf die Anforderungen an die Beschäftigten und deren Erwerbsbiografien. Feste Rahmenbedingungen, wie eine lebenslange Anstellung bei gleichbleibendem Arbeitgeber, einem planbaren festen Einkommen und einer geordneten Tagesstruktur, werden durch Deregulierungstendenzen und Flexibilisierungsforderungen auf dem Arbeitsmarkt zunehmend aufgeweicht. Auf der einen Seite bietet die Öffnung der alten Strukturen die Chance auf Autonomiezugewinne für die Beschäftigten, die von individuelleren Möglichkeiten zur Gestaltung der Arbeitsinhalte, -formen, -zeit, -lage und -dauer geprägt sein können (vgl. Voß/Pongratz, 1998). Idealerweise führen die neuen Strukturen auch zu einer besseren Vereinbarkeit von privaten und beruflichen Interessen. Auf der anderen Seite besteht jedoch die Gefahr, dass die propagierte Flexibilität lediglich zugunsten der Arbeitergeber erfolgt und gleichzeitig die Risiken, wie Unsicherheit bezüglich des Einkommens und der beruflichen Zukunft, zulasten der Erwerbstätigen externalisiert werden.

Mit der Entwicklung hin zu einer Dienstleistungsgesellschaft, die u. a. durch die neuen technischen Möglichkeiten unabhängiger von zeitlichen und örtlichen Restriktionen ist, rücken psychische Stressoren im Erwerbsleben – gegenüber physischen Anforderungen – in den Vordergrund (vgl. Castel/Dörre, 2009; Bude/Lantermann, 2010; Angerer et al., 2014). Obwohl die Frage, ob psychische Störungen im Erwerbsleben infolge der Entwicklungen am Arbeitsmarkt zugenommen haben, kritisch diskutiert wird (vgl. Genz/Jacobi, 2014; Jacobi et al., 2012; Eberhard, 2014), ist es jedoch unstrittig, dass Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderungsrenten aufgrund psychischer Störungen zunehmen und damit im steigenden Ausmaß gravierende Kosten hervorrufen (vgl. Genz/Jacobi, 2014; Meyer et al., 2012). Im öffentlichen Diskurs wird häufig die Verbreitung atypischer Arbeitsverhältnisse mit einer Prekarisierung der Erwerbsarbeit gleichgesetzt und für Beeinträchtigungen im Wohlbefinden und hinsichtlich der Gesundheit der Beschäftigten verantwortlich gemacht. Diesen Vorwurf möchten die Autorinnen anhand nationaler und internationaler Studien zu den Einflussfaktoren atypischer Beschäftigung auf die Gesundheit überprüfen. Zuvor wird die Entwicklung atypischer Beschäftigung sowie deren Struktur genauer skizziert und hinsichtlich potenzieller Gesundheitsgefahren analysiert.

10.1 Dimensionen und Entwicklung der atypischen Beschäftigung in Deutschland

Der Anteil atypischer Beschäftigung hat in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Einen großen Einfluss auf die strukturellen Entwicklungen am Arbeitsmarkt hatte hierbei der Anstieg der Frauenerwerbstätigkeit, die vor allem auf Zuwächse im Bereich der Teilzeit und geringfügigen Beschäftigung zurückgeht. Während zwischen 1991 und 2010 die Zahl der weiblichen Erwerbstätigen um 16 % zugenommen hat, ist das Arbeitsvolumen aller Frauen nur um 4 % gestiegen (vgl. Wanger, 2011). Beschäftigung mit einem reduzierten Stundenumfang wird vor allem von Frauen ausgeführt. Im Jahr 2014 lag der Frauenanteil unter allen Teilzeitbeschäftigten im Alter von 15 bis 64 Jahren bei 86 % und unter den geringfügig Beschäftigten bei 77 % (vgl. Statistisches Bundesamt, 2015).

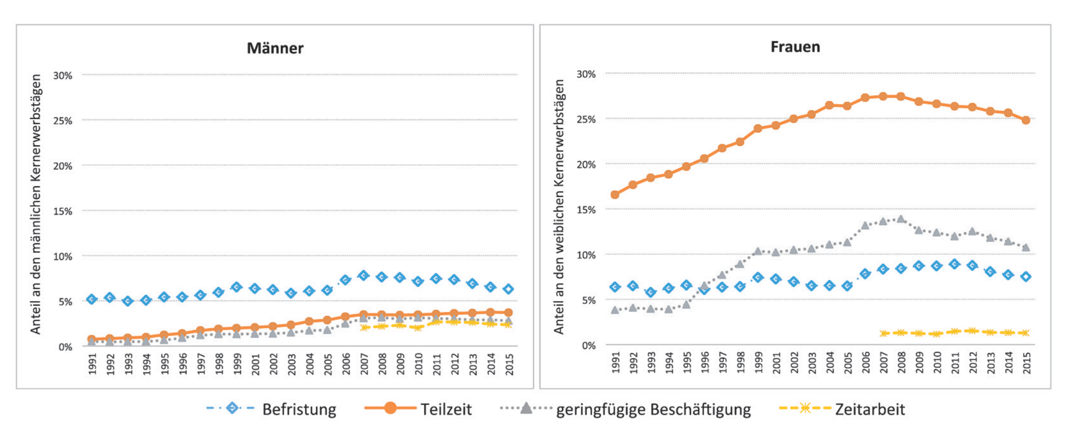


Abb. 10.1: Entwicklung des Anteils atypischer Beschäftigung an den Kernerwerbstätigen nach Geschlecht (Statistisches Bundesamt, 2015)[41]

Abbildung 10.1 zeigt, dass bei beiden Geschlechtern der Anteil der atypisch Beschäftigten an den Kernerwerbstätigen zugenommen hat. Im Hinblick auf die Teilzeitbeschäftigung gingen im Jahr 1991 etwa 17 % der erwerbstätigen Frauen einer Teilzeitbeschäftigung von höchstens 20 Stunden nach. Im Jahr 2014 waren es bereits ein Viertel aller weiblichen Erwerbstätigen. Männer sind seit jeher sehr selten teilzeitbeschäftigt, dennoch ist ihr Anteil in den vergangenen Jahren ebenfalls stark angestie-

41 Die Anteile beziehen sich auf Erwerbstätige im Alter von 15 bis 64 Jahren, die sich nicht in (Aus-)Bildung oder einem Wehr-/Zivil- oder Freiwilligendienst befinden. Die Gruppen sind nicht überscheidungsfrei.

gen. Bei den geringfügig Beschäftigten hat sich der Anteil im betrachteten Zeitraum bei den Männern fast versechsfacht und bei den Frauen verdreifacht. Allerdings liegt auch hier der Anteil der geringfügig beschäftigten Männer zu jedem Zeitpunkt weit unter dem der Frauen. Bezogen auf das Jahr 2013 war der Anteil der Männer, die eine geringfügige Beschäftigung nur im Nebenjob ausführen, mit etwa 40 % höher als bei den Frauen, bei denen lediglich ein Drittel die geringfügige Beschäftigung eine Form der Nebenerwerbstätigkeit darstellte (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2014).

Die Befristungsquote der Frauen bewegte sich im betrachteten Zeitfenster leicht über der der Männer und ist im Vergleich zu den anderen atypischen Beschäftigungsformen nur moderat angestiegen. Werden allerdings ausschließlich die Neueinstellungen betrachtet, zeigen Daten des IAB-Betriebspanels, dass zwischen 2001 und 2005 der Anteil der befristeten Neueinstellungen an allen Einstellungen sozialversicherungspflichtiger Beschäftigter von 32 auf 46 % zugenommen hat (vgl. Hohendanner, 2013). Dementsprechend basierte fast jede zweite Neueinstellung auf einem Zeitvertrag. In den nachfolgenden Jahren bewegten sich die befristeten Neueinstellungen auf einem ähnlichen Niveau; zuletzt waren diese sogar mit 42 % im Jahr 2013 leicht rückläufig (vgl. Hohendanner, 2014).

Zeitarbeit stellt derzeit in Deutschland eher ein kleines Segment dar und nur hier lassen sich anteilig mehr Männer als Frauen finden. Seit den 1990er-Jahren setzen die Unternehmen zunehmend Leiharbeit ein. Von dem Zugriff auf externes Personal erhoffen sich die Arbeitgeber mehr Flexibilität in der Personalplanung (vgl. Walwei, 2002). Genau diese Flexibilität wurde auch in der Wirtschaftskrise genutzt. Im Jahr 2009 konnten – anders als bei Gesamtbeschäftigung – starke Einbrüche bei der Beschäftigtenzahl in der Leiharbeitsbranche verzeichnet werden. Doch bereits im Folgejahr setzte sich der rasante Anstieg der Leiharbeitsverhältnisse auf einem höheren Niveau als vor der Krise fort (vgl. Bundesagentur für Arbeit, 2015).

Die tiefgreifenden Änderungen machen sich auf dem Arbeitsmarkt für beide Geschlechter bemerkbar, auch wenn die atypische Beschäftigung vor allem für Frauen zum Erwerbsleben gehört. Im Hinblick auf diese Entwicklungen stellt sich nun die Frage, wie diese Veränderungen zu bewerten sind. Über Jahrzehnte hinweg bestimmte das Konstrukt des Normalarbeitsverhältnisses die gesellschaftliche Realität und ferner die Ausrichtung der Politik, der Sozialversicherungssysteme, der Betriebe und Gewerkschaften. Doch auch die allgemeine und betriebliche Gesundheitsförderung und -prävention konzentrierte bzw. konzentriert sich, ebenso wie die wissenschaft-

liche Forschung, auf den unbefristet (i. d. R. männlichen) Vollzeittätigen. Die Ränder des Arbeitsmarktes und häufig damit einhergehend Frauenarbeit blieben dabei außen vor. Trotz der Aktualität und Relevanz dieser Entwicklung ist der nationale und internationale Forschungsstand in Bezug auf den Zusammenhang zwischen atypischer Beschäftigung und Gesundheit unbefriedigend (vgl. Menéndez et al., 2007; Pröll, 2004; Pröll/Gude, 2003).

10.2 Potenzielle Gesundheitsgefahren atypischer Beschäftigung

Warum sollten Beschäftigungsformen jenseits der vermeintlichen Normalität in gesundheitlicher Hinsicht besondere Aufmerksamkeit erfahren und wo genau liegen die Risiken für die Gesundheit? Diesen Fragen soll einerseits auf einer theoretischen Ebene und andererseits durch eine Auseinandersetzung mit den Rahmenbedingungen atypischer Beschäftigung nachgegangen werden.

10.2.1 Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit

Um potenzielle Risiken atypischer Beschäftigung für die Gesundheit zu erklären, wird an dieser Stelle auf das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen von Siegrist (1996) zurückgegriffen (vgl. Kap. 2). Vereinfacht ausgedrückt liegt nach diesem Modell eine berufliche Gratifikationskrise vor, wenn die für die Arbeit aufgewendete Verausgabung auf längere Sicht nicht in ausreichender Form kompensiert wird. Diese Belohnung muss nicht unbedingt ausschließlich finanzieller Natur sein, sondern kann auch als berufliche und soziale Wertschätzung, günstigen beruflichen Entwicklungsmöglichkeiten und einem als sicher wahrgenommenen Arbeitsplatz verstanden werden. Nach Siegrist erwächst für die Gesundheit der Beschäftigten eine Gefahr, wenn dieses Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung dauerhaft anhält. Auf den ersten Blick erscheint es nicht nachvollziehbar, warum Beschäftigte mit derart ungünstigen Bedingungen ihr Arbeitsverhältnis nicht einfach beenden. Ein wichtiger Grund kann darin liegen, dass die Betroffenen keine günstigeren Arbeitsplatzalternativen sehen (vgl. Siegrist, 1996). Die Angst, nach der Kündigung eine noch schlechtere Tätigkeit annehmen zu müssen oder womöglich arbeitslos zu sein, bewirkt, dass die Erwerbstätigen auch unter schlechten Konditionen weiterarbeiten und dadurch möglicherweise krank werden.

Ein anderes Motiv für das Verweilen in diesem Ungleichgewicht könnte in der Hoffnung liegen, durch aktuell höhere Anstrengungen langfristig eine bessere Beschäftigungssituation zu erreichen. Für Befristete und Leiharbeitskräfte könnte dies beispielsweise bedeuten, dass sie von dem Unternehmen in eine unbefristete Anstellung übernommen werden.

Bislang wurde in zahlreichen Studien, vor allem im Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die empirische Gültigkeit der modelltheoretischen Annahmen bekräftigt (vgl. Siegrist, 2010; Gilbert-Ouitmet et al., 2014, Vegchel et al., 2005). Insbesondere der Einfluss der von Siegrist als Risikofaktor identifizierten Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit, wurde in den vergangenen Jahren verstärkt untersucht (vgl. Ferrie, 2001; De Witte, 2005). Entsprechende Metaanalysen weisen zwischen Unsicherheit und psychischer Gesundheit einen mittleren und in Bezug auf die physische Gesundheit einen schwächeren negativen Zusammenhang auf (vgl. Sverke et al., 2002; Cheng/Chan, 2008). Konkret geben Studien Hinweise darauf, dass eine hohe Arbeitsplatzunsicherheit beispielsweise *Depressivitäts- und Angstneigung* (vgl. D'Souza et al., 2003; Berth et al., 2003; Haupt, 2010; Mümken, 2010), *Erschöpfungsneigung* (vgl. Bültmann et al., 2002; Berth et al., 2003; Cuyper et al., 2012), *Magen- und Gliederschmerzen* (vgl. Berth et al., 2003), *Muskel- und Rückenbeschwerden* (vgl. Cole et al., 2001; Domenighetti et al., 2000), *Herz-Kreislauf-Erkrankungen* (vgl. Virtanen et al., 2013; Ferrie et al., 1998; Levenstein et al., 2001; D'Souza et al., 2003), *Gewicht(-sveränderungen)* (vgl. Ferrie et al., 1998; Berth et al., 2003; Haupt, 2010), *Schlafstörungen* (vgl. Domenighetti et al., 2000), *Migräne* (vgl. Wilkins/Beaudet, 1998), *subjektive Gesundheitseinschätzung* sowie das *allgemeine Wohlbefinden* (vgl. Roskies/Louis-Guerin, 1990; Domenighetti et al., 2000; Bültmann et al., 2002; D'Souza et al., 2003; Mümken, 2010) negativ beeinflussen kann.

10.2.2 Externe Faktoren atypischer Beschäftigung

Im weiteren Verlauf sollen die atypischen Beschäftigungsverhältnisse anhand empirischer Befunde daraufhin überprüft werden, in welchem Ausmaß die von Siegrist im Modell der beruflichen Gratifikationskrisen benannten externen Faktoren, wie u. a. geringes Einkommen, Arbeits- und Beschäftigungsunsicherheit, schlechte Arbeitsbedingungen und mangelnde Wertschätzung, anzutreffen sind oder sogar kumuliert auftreten.

Aufseiten der finanziellen Gratifikation schneiden atypische Beschäftigungsformen im Durchschnitt schlechter ab als reguläre Beschäftigung. Auswertungen mit dem Sozioökonomischen Panel (SOEP) für das Jahr 2012 zeigen, dass atypisch Beschäftigte ein deutlich höheres Niedriglohnrisiko tragen (vgl. Abb. 10.2). Das höchste Risiko, einen Niedriglohn unterhalb von 9,30 € zu erhalten, wurde bei den Minijobbern ermittelt: Von diesen erhielten etwa vier von fünf Beschäftigten für ihre Arbeit nur einen Stundenlohn unterhalb dieser Schwelle (vgl. Kalina/Weinkopf, 2014). Auch das individuelle Monatsbruttoeinkommen atypisch Beschäftigter sowie deren Haushaltseinkommen liegen im Durschnitt unter dem der regulär Erwerbstätigen (vgl. Keller/Seifert, 2013).

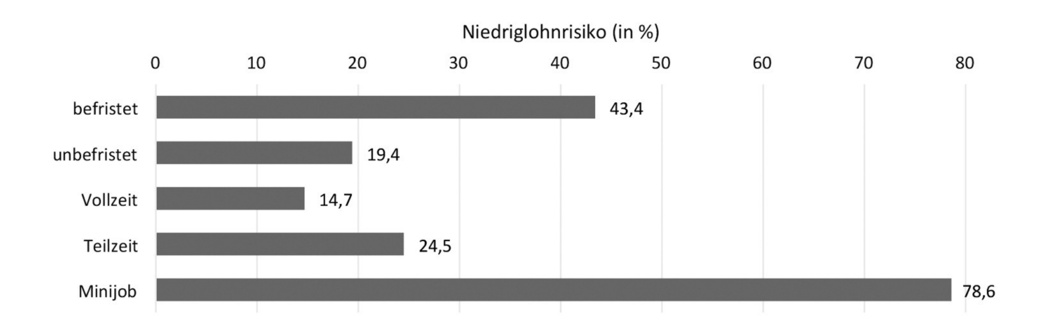


Abb. 10.2: Niedriglohnrisiko bezogen auf den Stundenlohn nach Beschäftigungsform im Jahr 2012, Datenbasis SOEP (Kalina/Weinkopf, 2014)

Eine Studie mit Daten aus Deutschland, Großbritannien und Schweden prüfte, wie wichtig die Einkommenshöhe je nach Beschäftigungsform im Jahr 2010 war. Obwohl Teilzeitbeschäftigte guten Verdienstmöglichkeiten weniger Gewicht beimaßen als Vollzeiterwerbstätige[42], waren Erstere dennoch unzufriedener mit ihrem Einkommen (vgl. Fritz, 2015).[43]

Neben finanziellen Nachteilen scheint atypische Beschäftigung in Deutschland darüber hinaus tendenziell mit reduzierten Chancen auf Weiterbildung, geringerer Beschäftigungsstabilität und sozialer Absicherung einherzugehen (vgl. Brehmer/Seifert, 2007). Speziell befristet Eingestellte und Beschäftigte in Zeitarbeit berichteten

42 Die Unterschiede waren jedoch nur für Deutschland und Großbritannien signifikant.
43 Signifikante Unterschiede konnten für Deutschland und Schweden nachgewiesen werden.

in einer deutschen Studie von Hecker et al. (2006) über höhere Belastungen, größere Befürchtungen und geringere Planungssicherheiten hinsichtlich der persönlichen beruflichen Zukunft, eine diskontinuierlichere Berufsbiografie und weniger Möglichkeiten zur beruflichen Weiterentwicklung als Beschäftigte mit einem Normalarbeitsverhältnis. Eine weitere Auswertung aus Deutschland stellte auf Basis quantitativer und qualitativer Daten eine z. T. erhebliche Schlechterstellung von Leiharbeitskräften fest. Diese Nachteile sind vielfältig und beziehen sich auf materielle sowie immaterielle Gratifikationslücken, fehlende Weiterbildungsmöglichkeiten, Entscheidungsspielräume und Zukunftsaussichten sowie auf erhöhte Arbeitsbelastungen (vgl. Becker et al., 2014). Außerdem verdeutlichen Auswertungen der Wellen von 2007 bis 2011 des Panels „Arbeitsmarkt und soziale Sicherung“ (PASS), dass sich befristet Beschäftigte in Deutschland weniger sozial integriert fühlen als unbefristet Beschäftigte (vgl. Gundert/Hohendanner, 2014).

Problematisch ist zudem der Umstand, dass nach der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses die Wahrscheinlichkeit arbeitslos zu werden, bei vormals atypisch Beschäftigten, insbesondere bei Zeitarbeitskräften, in Deutschland höher ist als bei Beschäftigten mit einem Normalarbeitsverhältnis (vgl. Keller/Seifert, 2013; Giesecke/Groß, 2006). Die Angst vor Arbeitslosigkeit, die die Fortsetzung der Beschäftigung auch bei einem Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung bekräftigt, ist demnach für Beschäftigte jenseits des Normalarbeitsverhältnisses offenbar nicht ganz unberechtigt. Außerdem scheint die Hoffnung, langfristig mit einer besseren Arbeitssituation belohnt zu werden – sofern man die Gratifikationskrise aushält –, nicht für alle atypisch Beschäftigten gleichermaßen gerechtfertigt zu sein. So zeigte Brülle (2013) anhand der SOEP-Daten aus den Jahren 2001 bis 2009, dass die Chancen für Befristete in reguläre Vollzeitbeschäftigung zu wechseln im Vergleich zu Teilzeitbeschäftigten und Leiharbeitskräften günstiger ausfallen. Am seltensten gelang dagegen geringfügig Beschäftigen der Wechsel in die reguläre Erwerbstätigkeit. Der mögliche Einwand, dass ein solcher Wechsel mehrheitlich nicht von den Beschäftigten gewünscht werde und allein daher die Wechselwahrscheinlichkeit in Normalarbeitsverhältnisse so gering sei, konnte durch den Einbezug der Arbeitszeitpräferenz in die Auswertungen entkräftet werden. Obgleich individuelle Unterschiede und Präferenzen der Beschäftigten den weiteren Erwerbsverlauf beeinflussten, ging von der Beschäftigungsform doch ebenso ein eigenständiger Einfluss aus.

Einen Hinweis dafür, dass die individuellen Präferenzen der Beschäftigten nicht vernachlässigt werden sollten, liefert wiederum eine repräsentative Befragung von finnischen Erwerbstätigen aus den Jahren 1997, 2003 und 2008. Kauhanen und Nätti (2015) stellten fest, dass unfreiwillige Teilzeit und befristete Beschäftigung i. d. R. mit einer geringeren Arbeitsqualität einherging. Als unfreiwillig wurde die Beschäftigung eingestuft, wenn ihre Aufnahme nur aus dem Mangel an einer Beschäftigung ohne Befristung oder in Vollzeit erfolgte. Unfreiwillige Teilzeitbeschäftigte und Befristete sahen – verglichen mit Unbefristeten und Vollzeitbeschäftigen, aber auch in Relation zu freiwilligen Teilzeitbeschäftigten oder Befristeten – geringere Trainings-, Entwicklungs- und Karrieremöglichkeiten, eine niedrigere Autonomie am Arbeitsplatz und eine größere Bedrohung durch Arbeitslosigkeit.

Insgesamt zeigen die Studien, dass u. a. die Hoffnung, atypische Beschäftigung als Sprungbrett in klassische Arbeitsverhältnisse zu nutzen, nicht selten enttäuscht wird. Auch andere Belohnungsdimensionen wie Arbeits- und Beschäftigungssicherheit, berufliche Entwicklungsmöglichkeiten und soziale Integration scheinen geringer ausgeprägt.

10.3 Empirische Befunde zum Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und Gesundheit

Wenngleich atypische Beschäftigungsverhältnisse hinsichtlich des Arbeitsschutzes nahezu denselben rechtlichen Bedingungen unterliegen, bleiben dennoch viele Instrumente des Arbeits- und Gesundheitsschutzes außerhalb von Normalarbeitsverhältnissen ohne Wirkung. Je größer der Abstand zum Normalarbeitsverhältnis ist[44], desto weniger häufig wurden nach einer Analyse mit der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung von 2012 Gefährdungsbeurteilungen und Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt (vgl. Becker/Engel, 2015). Dieser Umstand gewinnt zusätzlich an Brisanz, da die oben beschriebenen externen Faktoren die Vermutung nahelegen, dass (unfreiwillig) atypisch Beschäftigte auch bei gesundheitsbezogenen Outcomes schlechtere Werte erzielen werden. Inwiefern diese Hypothese durch empirische Ergebnisse gestützt werden kann, wird im Folgenden insbesondere am Beispiel von Arbeit mit einer reduzierten Stundenanzahl, Befristung und Zeitarbeit geprüft.

44 Abstand meint hier die Anzahl der Merkmale, in der sich die Beschäftigung vom Normalarbeitsverhältnis unterscheidet.

10.3.1 Beschäftigungsverhältnisse mit reduzierter Arbeitszeit: Teilzeitbeschäftigung und geringfügige Beschäftigung

Beschäftigungsverhältnisse mit reduzierten Arbeitszeiten sind die am weitesten verbreiteten atypischen Beschäftigungsformen in Deutschland (vgl. Abb. 10.1). In der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2012 berichteten Teilzeitbeschäftigte mit einer Wochenarbeitszeit von maximal 20 Stunden weniger Beschwerden als Vollzeiterwerbstätige. Personen mit einer Arbeitszeit von 21 bis 32 Stunden gaben mehr muskuloskelettale Beschwerden, aber eine vergleichbare Anzahl an psychosomatischen Beschwerden an. Geringfügig Beschäftigte nannten zwar durchschnittlich weniger gesundheitliche Beschwerden als nicht geringfügig Beschäftigte, allerdings schätzten sie dafür ihre Gesundheit insgesamt subjektiv schlechter ein. Auch bei den Teilzeitbeschäftigten, insbesondere bei denjenigen mit einer Arbeitszeit von höchstens 20 Stunden, war der Anteil mit einer positiven Gesundheitsbeurteilung geringer als bei den Vollzeittätigen (vgl. BAuA, 2014).

Für Großbritannien fand eine Auswertung von Paneldaten aus den Jahren 1991 bis 2000 keine Zusammenhänge zwischen Teilzeitbeschäftigung und selbstberichteter Gesundheit. Weder für eine Teilzeitbeschäftigung von 16 bis 29 Stunden noch für eine Beschäftigung mit einer Wochenarbeitszeit von maximal 15 Stunden bestand ein unmittelbar erhöhtes Risiko, den psychischen oder allgemeinen Gesundheitszustand im gleichen Befragungsjahr schlechter zu bewerten. Auch als Veränderungen über die Zeit berücksichtigt wurden, fand sich nur bei Männern mit einer Teilzeitbeschäftigung von höchstens 15 Stunden ein erhöhtes Risiko, die psychische Gesundheit ein Jahr später schlechter zu bewerten. Die Analyse eines Wechsels der Beschäftigungsform deckte zwar wenige signifikante Zusammenhänge auf, jedoch auch lediglich bei weiblichen Beschäftigten. So wiesen Frauen nach der Aufnahme einer Teilzeitbeschäftigung mit 16 bis 29 Stunden ein erhöhtes Risiko auf, ihre psychische Gesundheit negativ zu bewerten. Zugleich verbesserte sich eben diese Einschätzung, wenn Frauen eine Beschäftigung mit maximal 15 Stunden aufgaben (vgl. Bardasi/Francesconi, 2004).

Ein weiterer Vergleich von Paneldaten aus Deutschland und Großbritannien führte insbesondere nach der Kontrolle des Gesundheitsstatus aus dem Jahr 1991 ebenso zu wenig signifikanten Resultaten hinsichtlich der allgemeinen Gesundheitseinschätzung zwei Jahre später. Personen mit einer Teilzeitbeschäftigung – unab-

hängig davon, ob diese nun befristet, unbefristet oder mit mehr oder weniger als 20 Stunden pro Woche ausgeführt wurde – zeigten im Vergleich zu Vollzeittätigen mit einem unbefristeten Vertrag kein erhöhtes Risiko einer negativen Bewertung der allgemeinen Gesundheit (vgl. Rodriguez, 2002).

Kretschmer und Riedel (2015) deckten auffällige Geschlechtsunterschiede bezüglich Schlafstörungen unter Teilzeitbeschäftigten im mittleren Erwerbsalter in Deutschland auf. Während es bei Frauen für das Auftreten von Ein- und Durchschlafstörungen nicht von Bedeutung war, ob diese in den vergangenen Jahren überwiegend in Vollzeit, Teilzeit oder geringfügiger Beschäftigung erwerbstätig waren, war die Auftretenswahrscheinlichkeit dieser Störungen bei Männern, die überwiegend einer Teilzeitbeschäftigung nachgingen, erhöht. In einer anderen Untersuchung, in der Querschnittsdaten aus 21 europäischen Ländern aus dem Jahr 2010 einbezogen wurden, stellte sich Teilzeit ebenfalls als ein Faktor heraus, der positiv mit einer schlechten Einschätzung der mentalen Gesundheit assoziiert war. Hier war jedoch der Zusammenhang nur bei Frauen signifikant. Wurde der Einfluss des jeweiligen Typs des Wohlfahrtsstaats berücksichtigt, zeigte sich dieser positive Einfluss nur noch im signifikanten Ausmaß im südlichen Europa (vgl. De Moortel et al., 2014).

Eine französische Querschnittsstudie verdeutlicht, dass es sehr wichtig ist, ob die Teilzeitbeschäftigung auf einer freiwilligen Wahl basiert oder nicht (vgl. Santin et al., 2009): Das Risiko, von depressiven Symptomen zu berichten, war für Frauen, die zum Erhebungszeitpunkt in unfreiwilliger Teilzeit gearbeitet hatten, mehr als doppelt so hoch wie bei Frauen ohne Teilzeiterfahrungen. Beruhte dagegen die Teilzeitbeschäftigung auf den Wünschen der Frauen, konnte kein erhöhtes Risiko ermittelt werden. Bei Männern wurde lediglich im Vergleich zwischen aktuell Vollzeitbeschäftigten, die vormals unfreiwillig teilzeitbeschäftigt waren, und Männern, die immer vollzeitbeschäftigt waren, ein signifikant höheres Depressivitätsrisiko für erstere Gruppe gefunden. Fehlende signifikante Zusammenhänge zwischen Depressivität und unfreiwilliger Teilzeitbeschäftigung unter den Männern könnten nach Ansicht des Autorenteams der Studie auch auf die kleine Fallzahl zurückgeführt werden (vgl. Santin et al., 2009).

Insgesamt liefern die Studien zum Zusammenhang von Teilzeit und gesundheitsbezogenen Indikatoren kein konsistentes Bild. Studien wie die von Santin et al. (2009) deuten darauf hin, dass für die gesundheitlichen Auswirkungen weniger entscheidend ist, ob die Beschäftigungsform Teilzeit oder Vollzeit entspricht, sondern eher,

ob die Vertragsform mit den individuellen Präferenzen übereinstimmt. Außerdem scheinen das Geschlecht und – wie auch im nächsten Abschnitt deutlich wird – länderspezifische Rahmenbedingungen nicht unerheblich für Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Beschäftigungsform und der Gesundheit zu sein.

10.3.2 Befristete Beschäftigung

Befristete Beschäftigung bedeutet, dass der Fortbestand des Arbeitsvertrags zumindest aus vertraglicher Sicht nicht gewährleistet ist. Es verwundert daher auch nicht, dass Studien unter befristet Beschäftigten ein höheres Arbeitsplatzunsicherheitsniveau feststellen konnten als unter Unbefristeten (vgl. De Cyuper et al., 2009; Kives et al., 2011; Virtanen et al., 2002; LaMontagne et al., 2013). Verschiedene Studien haben zudem untersucht, ob diese negativen Effekte der Arbeitsplatzunsicherheit auf die Gesundheit mit der Beschäftigungsform variieren. In einer finnischen Studie ging ein höheres Maß an wahrgenommener Arbeitsplatzunsicherheit nur bei unbefristet und nicht bei befristet Beschäftigten mit einem häufigeren Auftreten psychischer Symptome einher (vgl. Kirves et al., 2011). Eine weitere Studie mit ebenfalls finnischen Beschäftigten im öffentlichen Dienst kam zu einem vergleichbaren Ergebnis: Hier zeigte sich im Fall einer eher als unsicher eingeschätzten Beschäftigungsstabilität nur bei den unbefristeten Personen ein signifikant höheres Niveau an psychischem Stress (vgl. Virtanen et al., 2002). Auch unter koreanischen Arbeitskräften ging eine subjektiv höher eingeschätzte Wahrscheinlichkeit, in den nächsten sechs Monaten die Arbeitsstelle zu verlieren, lediglich bei Personen mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag mit einem höheren Niveau an Gesundheitsproblemen einher (vgl. Lee et al., 2013).

Eine schwedische Kohortenstudie legte dagegen dar, dass die negativen gesundheitlichen Effekte eines als hoch eingeschätzten Risikos, unfreiwillig arbeitslos zu werden, unabhängig von der Tatsache waren, ob Personen in ihrem Erwerbsleben bislang eher in befristeten oder unbefristeten Verträgen tätig waren (vgl. Virtanen et al., 2011).

Aufgrund der hier vorgestellten Studien scheinen die gesundheitlichen Folgen von Unsicherheit unter befristeten Beschäftigten vergleichbar oder sogar geringer zu sein als bei dauerhaft Beschäftigten. Eine mögliche Erklärung könnte darin liegen, dass bei befristet Beschäftigten eine dauerhafte Anstellung weder Bestandteil des juristischen noch des psychologischen Vertrags ist (vgl. Virtanen et al., 2002).

Wird Arbeitsplatzsicherheit weder explizit noch implizit versprochen, scheint eine Gefährdung derselben offensichtlich nicht gleichermaßen folgenreich zu sein (vgl. De Cuyper/De Witte, 2006).

Nichtsdestotrotz muss berücksichtigt werden, dass die Befristung einer Stelle nicht im Interesse der Mehrheit der Beschäftigten liegt. In Deutschland zeigen beispielsweise Auswertungen der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2012, dass sich 71 % der Männer und 79 % der Frauen in befristeter Vollzeit eine Entfristung wünschten (vgl. Wittig et al., 2013).

Obgleich die Studienergebnisse zum Zusammenhang zwischen befristeter Beschäftigung und diversen Gesundheitsindikatoren z. T. uneinheitlich sind, deutet doch vieles auf eine eher ungünstigere gesundheitliche Situation der befristet Beschäftigten hin (vgl. Virtanen et al., 2005; De Cuyper et al., 2008; Benach et al., 2014). Eine Metaanalyse aus dem Jahr 2005 (vgl. Virtanen et al., 2005) kam auf Basis von 27 Studien zu dem Ergebnis, dass befristet Erwerbstätige im Vergleich zu unbefristeten ein 1,25-mal höheres Risiko für das Auftreten von psychischen Störungen besaßen, dagegen aber ihr Risiko für krankheitsbedingte Fehlzeiten signifikant unter dem der unbefristet Beschäftigten lag. Ebenfalls deuteten 7 von 13 Studien darauf hin, dass befristet Beschäftigte ein höheres Risiko für arbeitsbedingte Verletzungen aufweisen. Ein im Vergleich höheres, aber nicht signifikantes Risiko für befristet Eingestellte ergab sich in Bezug auf eine schlechte physische und allgemeine Gesundheit sowie hinsichtlich muskuloskelettaler Erkrankungen (vgl. Virtanen et al., 2005).

Anhand einer mehr als 12 Jahre umfassenden Längsschnittstudie unter schwedischen Erwerbspersonen im Alter von 30 bis 42 Jahren wurde ferner nachgewiesen, dass das Risiko für eine subjektiv schlechte Gesundheitsbewertung, psychischen Stress und depressive Symptome bei Beschäftigten, die innerhalb der betrachteten Jahre überwiegend befristet beschäftigt waren, höher ausfiel als bei Personen in festen Beschäftigungsverhältnissen. Als besonders vulnerabel fielen bei diesen Auswertungen Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss auf (vgl. Hammarström et al., 2010). In einer französischen Studie konnte mit Daten aus dem Jahr 2003 eine signifikante Beziehung zwischen depressiven Symptomen und dem Befristungsstatus bei Frauen nachgewiesen werden (vgl. Santin et al., 2009). Hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeit aufgrund von psychischen Störungen ergab eine Längsschnittstudie mit finnischen Beschäftigten aus dem öffentlichen Dienst, dass befristet Beschäftigte wegen depressiver Störungen länger arbeitsunfähig waren als Beschäftigte mit unbe-

fristeten Verträgen. Dieser Befund blieb nach der Kontrolle demografischer Faktoren, chronischer körperlicher Erkrankungen und dem früheren Auftreten anderer psychischer Störungen weiterhin bestehen. Ein besonders hohes Risiko konnte für Ältere und – wie auch schon in der schwedischen Längsschnittstudie – Personen mit einem niedrigen Bildungsabschluss festgestellt werden. Insgesamt waren allerdings der Beginn und das Auftreten von Arbeitsunfähigkeit aufgrund einer depressiven Erkrankung von der Beschäftigungsform unabhängig (vgl. Ervasti et al., 2014). Eine Studie mit amerikanischen Längsschnittdaten wies für Personen, die zwischen 1992 und 1994 in einem befristeten Arbeitsverhältnis tätig waren, eine deutlich höhere Zahl an depressiven Symptomen auf als für Personen, die im gleichen Zeitraum nicht befristet beschäftigt waren (vgl. Quesnel-Vallée et al., 2010). Die bereits im Zusammenhang mit den Teilzeitbeschäftigten zitierte deutsche Studie über die Ein- und Durchschlafstörungen deckte ebenfalls für Männer – nicht aber für Frauen – mit befristeten Verträgen ein höheres Risiko für depressive Symptome auf (vgl. Kretschmer/Riedel, 2015). In einer katalanischen Querschnittsuntersuchung dagegen unterschieden sich befristet Beschäftigte nicht signifikant hinsichtlich ihres Risikos, ihre psychische Gesundheit als schlecht zu bewerten (vgl. Artazcoz, 2005).

Eine Querschnittserhebung bei männlichen Arbeitern unter 50 Jahren aus einem Fertigungsbetrieb in Japan zeigte, dass Männer mit einer befristeten Anstellung im Vergleich zu unbefristet Eingestellten mit größeren Gesundheitsrisiken z. B. schlechteren Ergebnissen bezüglich Blutdruck, Blutzucker und Lipidwerten konfrontiert waren (vgl. Inoue et al., 2014).

Möglicherweise kann auch hier die eher inkonsistente Befundlage mit den ebenfalls sehr unterschiedlichen Hintergründen, aus denen ein befristetes Beschäftigungsverhältnis aufgenommen wird, erklärt werden. Eine schwedische Studie verdeutlicht, dass nicht allein die Beschäftigungsform Einfluss auf die Gesundheit nimmt, sondern vor allem die Tatsache, ob die Arbeit den eigenen Präferenzen entspricht oder nicht. Es wurde hierbei der Frage nachgegangen, ob unbefristet Beschäftigte mit einer Tätigkeit, die sie auch in der Zukunft ausüben wollen, in einem geringeren Ausmaß über Kopfschmerzen, Ermüdungserscheinungen bzw. leichte depressive Verstimmungen und Rückenschmerzen berichten als Personen in nicht präferierten unbefristeten oder befristeten Tätigkeiten bzw. in präferierten befristeten Beschäftigungsverhältnissen. Tatsächlich nannten letztere Gruppen im Vergleich zu unbefristet Beschäftigten mit einer wunschgemäßen Beschäftigung vermehrt die unter-

suchten körperlichen Symptome. Allerdings waren die Effekte bei den unbefristet Beschäftigten mit nicht präferierter Tätigkeit deutlich größer als bei den Befristeten (vgl. Aronsson/Göransson, 1999).

Es ist wichtig zu berücksichtigen, dass die präsentierten Studien aus Ländern mit z. T. sehr unterschiedlichen sozial- und arbeitsmarktpolitischen Systemen stammen. Eine ländervergleichende Studie wies beispielsweise nach, dass der Abgang aus Arbeitslosigkeit in eine Erwerbstätigkeit sowohl in Deutschland als auch in Spanien bei den Männern zu Gesundheitsverbesserungen beitrug. In Spanien führte allerdings anders als in Deutschland nur die Aufnahme einer unbefristeten Beschäftigung zu einer positiven Entwicklung der Gesundheit. Die Autorinnen erklären sich diesen Unterschied durch die im Vergleich zu Deutschland deutlich schlechteren Bedingungen, denen befristete Tätigkeiten auf dem spanischen Arbeitsmarkt unterliegen (vgl. Gash et al., 2008).

10.3.3 Zeitarbeit

Für Beschäftigte in Zeitarbeit ist sowohl der Verleiher als auch der Entleiher für die Sicherstellung und Einhaltung von Arbeits- und Gesundheitsschutz verantwortlich. In der Praxis wird jedoch häufig von keiner der beiden Parteien die Verantwortung übernommen (vgl. Sczesny et al., 2008; Langhoff et al., 2012; Becker/Engel, 2015), sodass Zeitarbeitsplätze leider oftmals als „Gesundheitsschutz-Inseln" (Wieland et al., 2001, S. 83) bezeichnet werden müssen.

Nach der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2012 fiel die allgemeine Gesundheitseinschätzung in der Zeitarbeit schlechter aus als bei den restlichen Beschäftigten. Konkret wurden muskuloskelettale Beschwerden von Zeitarbeitskräften deutlich häufiger genannt als von anderen Beschäftigten. Hinsichtlich psychosomatischer Beschwerden ergab sich jedoch kein gleichermaßen klares Bild (vgl. BAuA, 2014, S. 72). Die Nennungen der einzelnen Beschwerdearten innerhalb und außerhalb der Zeitarbeit sind in Abbildung 10.3 dargestellt. Bis auf zwei Ausnahmen (Schlafstörungen und Nervosität) ist der Anteil unter den Beschäftigten in Zeitarbeitsfirmen bei allen Beschwerdearten höher als unter Beschäftigten außerhalb (vgl. BAuA, 2014, S. 142).



Abb. 10.3: Gesundheitliche Beschwerden in den letzten 12 Monaten bei männlichen Beschäftigten innerhalb und außerhalb von Zeitarbeitsfirmen in der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 (BAuA, 2014, S. 142)

Die in Abbildung 10.3 dargestellten Differenzen müssen jedoch vor dem Hintergrund der von der allgemeinen Beschäftigungsstruktur abweichenden Tätigkeitsschwerpunkte und soziodemografischen Merkmale der Leiharbeitskräfte gesehen werden. Leiharbeitskräfte sind durchschnittlich jünger und arbeiten überwiegend im gewerblichen Bereich.

Diese Unterschiede wurden bei Auswertungen mit den Daten der Techniker Krankenkasse aus dem Jahr 2008 berücksichtigt. Insgesamt waren in der Leiharbeitsbranche im Vergleich zu den restlichen Branchen deutlich höhere Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit feststellbar (Männer: 15,3 vs. 9,7 Tage; Frauen: 13,9 vs. 12,0 Tage) (vgl. Techniker Krankenkasse, 2009, S. 39). Wurden die Fehlzeiten allerdings nach Geschlecht, Alter und Tätigkeitsstruktur standardisiert, reduzierten sich die relativen Unterschiede bei den Männern um etwa zwei Drittel und bei den Frauen um

die Hälfte. Besonders ausgeprägte Unterschiede zuungunsten der männlichen Leiharbeitskräfte blieben trotz Standardisierung vor allem bezüglich der Fehlzeiten aufgrund psychischer Störungen bestehen (vgl. Techniker Krankenkasse, 2009, S. 40 ff.).

Auch der Blick auf die internationale Forschung legt eine ungünstige gesundheitliche Situation der Leiharbeitskräfte nahe. Kompier et al. (2009) zeigten beispielsweise mit Befragungsdaten aus den Jahren 2004 und 2006, dass niederländische Beschäftigte in Zeitarbeit ungünstigeren Arbeitsbedingungen ausgesetzt waren, eine schlechtere psychische Gesundheit aufwiesen und häufiger rauchten als Beschäftigte außerhalb des Leiharbeitsbereichs. Eine Verbesserung im Beschäftigtenstatus war darüber hinaus mit einer positiveren Entwicklung der psychischen Gesundheit und der Arbeitsbedingungen verbunden. Auch die Auswertung einer neueren Befragung Erwerbstätiger in den Niederlanden bestätigte diese, im Hinblick auf die Gesundheit und Arbeitsbedingungen, negative Situation der Beschäftigten in Zeitarbeit (vgl. Wagenaar et al., 2012).

10.4 Fazit

Insgesamt zeigen die Studien zum Zusammenhang von atypischer Beschäftigung und Gesundheit – insbesondere bezogen auf Teilzeitbeschäftigung und befristete Beschäftigung – ein heterogenes Bild. Dies liegt sowohl an einer uneinheitlichen methodischen Herangehensweise als auch an den verschiedenen zeitlichen und länderspezifischen Rahmenbedingungen, unter denen die Studien durchgeführt wurden. Überdies scheint das Geschlecht bzw. die Geschlechterrolle, Einfluss auf die Folgen atypischer Beschäftigung auf die Gesundheit zu nehmen.[45]

Ebenso wenig wie die Arbeit jenseits der vermeintlichen Normalität unkritisch als Ausdruck einer neuen arbeitnehmerseitigen Individualität und Souveränität betrachtet werden kann, so ist der Anstieg derselben auch nicht zwangsläufig mit einer Prekarisierung der Arbeitswelt gleichzusetzen, die mit negativen Auswirkungen auf die Gesundheit verbunden ist. Eine differenzierte Betrachtung atypischer Beschäftigungsverhältnisse ist daher unbedingt empfehlenswert.

45 Das aktuell an der Jade Hochschule durchgeführte Forschungsprojekt „Psychische Gesundheit in der Arbeitsgesellschaft – Geschlechterrollen im Fokus der Gesundheit im Erwerbsverlauf“ (PsychGeA) (Stand September 2015) befasst sich neben den Folgen atypischer Beschäftigung für die psychische Gesundheit daher auch mit dem Einfluss von Geschlechterrollen auf die Gesundheit.

Die präsentierten Befunde machen deutlich, dass die individuellen Präferenzen – wie auch der konkrete individuelle, betriebliche und makroökonomische Kontext – entscheidend die Auswirkungen von atypischer Beschäftigung auf die Gesundheit beeinflussen können.

Im Rahmen der wissenschaftlichen Auseinandersetzung muss deshalb das Instrumentarium zur Bewertung der Arbeitssituation um die Anforderungen einer flexibler werdenden Arbeitswelt erweitert werden. Hier gilt es zu berücksichtigen, in welchem Ausmaß die Flexibilität den Interessen der Beschäftigten entgegenkommt – oder aber entgegensteht. Darüber hinaus sollte untersucht werden, inwieweit Unsicherheiten und andere Herausforderungen, die mit einer atypischen Beschäftigung einhergehen, auf betrieblicher sowie auf arbeits- und sozialpolitischer Ebene bereits aufgefangen werden bzw. werden könnten. Zukünftig besteht eine wichtige Aufgabe in der Praxis darin, den Arbeits- und Gesundheitsschutz konsequent nicht nur auf atypische Arbeitsverhältnisse anzuwenden, sondern jenen auch an die spezifischen Bedürfnisse dieser Zielgruppe anzupassen.

Literatur

Angerer, P./Glaser, J./Gündel, H. et al. (Hrsg.) (2014). *Psychische und psychosomatische Gesundheit in der Arbeit. Wissenschaft, Erfahrungen, Lösungen aus Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Psychosomatischer Medizin*. Heidelberg: ecomed.

Artazcoz, L./Benach, J./Borrell, C. et al. (2005). *Social inequalities in the impact of flexible employment on different domains of psychosocial health*. Journal of Epidemiology and Community Health, 59 (9), S. 761–767.

Bardasi, E./Francesconi, M. (2004). *The impact of atypical employment on individual wellbeing: evidence from a panel of British workers*. Social Science & Medicine, 58 (9), S. 1671–1688.

Becker, K./Brinkmann, U./Engel, T. (2014). *Psychische Belastungen in der Leiharbeit*. In: Schröder, L./Urban, H.-J. (Hrsg.): Gute Arbeit. Profile prekärer Arbeit – Arbeitspolitik von unten. Frankfurt a. M.: Bund-Verlag, S. 125–142.

Becker, K./Engel, T. (2015). *Reduziertes Schutzniveau jenseits der Normalarbeit*. WSI Mitteilungen, (3), S. 178–186.

Benach, J./Vives, A./Amable, M. et al. (2014). *Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health*. Annual review of public health, 35, S. 229–253.

Berth, H./Förster, P./Brähler, E. (2003). *Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit bei jungen Erwachsenen*. Das Gesundheitswesen, 65 (10), S. 555–560.

Braun, M./Scholz, E. (2008). *Einstellungen zur Arbeit und Arbeitszufriedenheit*. In: Statistisches Bundesamt, Gesellschaft Sozialwissenschaftlicher Infrastruktureinrichtungen & Wirtschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg.): Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung, S. 140–144.

Brehmer, W./Seifert, H. (2007). *Wie prekär sind atypische Beschäftigungsverhältnisse? Eine empirische Analyse*. WSI-Diskussionspapier Nr. 156. Düsseldorf: WSI Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut in der Hans-Böckler-Stiftung.

Brülle, J. (2013). *Unterschiede in den Arbeitsmarktchancen von atypisch Beschäftigten: Effekte von Beschäftigungsformen oder Erwerbspräferenzen?* Zeitschrift für Soziologie, 42 (2), S. 157–179.

Bude, H./Lantermann, E.-D. (2010). *Vertrauen, Kompetenzen und gesellschaftliche Exklusion in prekären Zeiten*. Positionen, (1), S. 2–8.

Bültmann, U./Kant, I. J./Schröer, C. A. P. et al. (2002). *The relationship between psychosocial work characteristics and fatigue and psychological distress*. Int Arch Occup Environ Health, 75 (4), S. 259–266.

BAuA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2014). *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2012 – Unfallverhütungsbericht Arbeit*. Dortmund.

Bundesagentur für Arbeit (2015). *Leiharbeitnehmer und Verleihbetriebe – Deutschland. Zeitreihe (Arbeitsmarkt in Zahlen – Arbeitnehmerüberlassung März 2015)*. Nürnberg. http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/iiia6/aueg-aueg-zr/aueg-zr-d-0-xls.xls (15.04.2015).

Bundesagentur für Arbeit (2014). *Geringfügig entlohnte Beschäftigte nach ausgewählten Merkmalen. Zeitreihe (Arbeitsmarkt in Zahlen – Beschäftigungsstatistik)*. Nürnberg. http://statistik.arbeitsagentur.de/Statistikdaten/Detail/Aktuell/ama/saisonbereinigte-zeitreihen/saisonbereinigte-zeitreihen-d-0-xls.xls (14.05.2015).

Castel, R./Dörre, K. (Hrsg.) (2009). *Prekarität, Abstieg, Ausgrenzung. Die soziale Frage am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Frankfurt a. M.: Campus.

Cheng, G. H. L./Chan, D. K. S. (2008). *Who suffers more from job insecurity? A meta-analytic review.* Applied Psychology, 57 (2), S. 272–303.

Cole, D. C./Ibrahim, S. A./Shannon, H. S. et al. (2001). *Work correlates of back problems and activity restriction due to musculoskeletal disorders in the Canadian national population health survey (NPHS) 1994-5 data*. Occupational and environmental medicine, 58 (11), S. 728–734.

De Cuyper, N./Mäkikangas, A./Kinnunen, U. et al. (2012). *Cross-lagged associations between perceived external employability, job insecurity, and exhaustion: Testing gain and loss spirals according to the Conservation of Resources Theory*. Journal of Organizational Behavior, 33 (6), S. 770–788.

De Cuyper, N./De Jong, J./De Witte, H. et al. (2008). *Literature review of theory and research on the psychological impact of temporary employment: Towards a conceptual model*. International Journal of Management Reviews, 10 (1), S. 25–51.

De Cuyper, N./De Witte, H. (2006). *The impact of job insecurity and contract type on attitudes, well-being and behavioural reports: A psychological contract perspective.* Journal of Occupational and Organizational Psychology, 79 (3), S. 395–409.

De Moortel, D./Vandenheede, H./Vanroelen, C. (2014). *Contemporary employment arrangements and mental well-being in men and women across Europe: a cross-sectional study*. International journal for equity in health, 13 (1), S. 90.

De Witte, H. (2005). *Job Insecurity: Review of the International literature on definitions, prevalence, antecedents and consequences*. SA Journal of Industrial Psychology, 31 (4), S. 1–6.

D'Souza, R. M./Strazdins, L./Lim, L. L.-Y. et al. (2003). *Work and health in a contemporary society: demands, control, and insecurity.* Journal of Epidemiology and Community Health, 57 (11), S. 849–854.

Dragano, N./Siegrist, J./Wahrendorf, M. (2011). *Welfare regimes, labour policies and unhealthy psychosocial working conditions: a comparative study with 9917 older employees from 12 European countries*. Journal of Epidemiology and Community Health, 65 (9), S. 793–799.

Domenighetti, G./D'Avanzo, B./Bisig, B. (2000). *Health Effects of Job Insecurity among Employees in the Swiss General Population*. International Journal of Health Services, 30 (3), S. 477–490.

Eberhard, S. (2014). *Depression und Burn-out. Epidemie des 21. Jahrhunderts?* Schriftenreihe der AOK Niedersachsen. Hannover: AOK Niedersachsen.

Ervasti, J./Vahtera, J./Virtanen, P. et al. (2014). *Is temporary employment a risk factor for work disability due to depressive disorders and delayed return to work? The Finnish Public Sector Study*. Scandinavian journal of work, environment & health, 40 (4), S. 343–352.

Ferrie, J. E. (2001). *Is job insecurity harmful to health?* Journal of the Royal Society of medicine, 94 (2), S. 71–76.

Ferrie, J. E./Shipley, M. J./Marmot, M. G. et al. (1998). *The health effects of major organisational change and job insecurity*. Social Science & Medicine, 46 (2), S. 243–254.

Fritz, M. (2015). *Arbeitsqualität von Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten. Beschäftigungsregime im Vergleich*. GESIS Papers 2015/11. GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.

Gash, V./Mertens, A./Romeu Gordo, L. (2008). *Gesundheitliche Auswirkungen befristeter Verträge in Deutschland und Spanien*. In: Rehberg, K.-S. (Hrsg.): Die Natur der Gesellschaft. Verhandlungen des 33. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Soziologie in Kassel 2006. Frankfurt a. M.: Campus, S. 4418–4428.

Giesecke, J./Groß, M. (2006). *Befristete Beschäftigung*. WSI-Mitteilungen, 59 (5), S. 247–254.

Gilbert-Ouimet, M./Trudel, X./Brisson, C. et al. (2014). *Adverse effects of psychosocial work factors on blood pressure: systematic review of studies on demand-control-support and effort-reward imbalance models*. Scandinavian journal of work, environment & health, 40 (2), S. 109–132.

Gundert, S./Hohendanner, C. (2014). *Do fixed-term and temporary agency workers feel socially excluded? Labour market integration and social well-being in Germany*. Acta Sociologica, 57 (2), S. 135–152.

Hammarström, A./Virtanen, P./Janlert, U. (2010). *Are the health consequences of temporary employment worse among low educated than among high educated?* European journal of public health, 21 (6), S. 756–761.

Haupt, C. M. (2010). *Der Zusammenhang von Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheitsverhalten in einer bevölkerungsrepräsentativen epidemiologischen Studie*. In: Badura, B./Schröder, H./Klose J. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2009. Berlin/Heidelberg: Springer, S. 101–107.

Hoffmann, E./Walwei, U. (1998). *Normalarbeitsverhältnis: ein Auslaufmodell? Überlegungen zu einem Erklärungsmodell für den Wandel der Beschäftigungsformen*. Mitteilungen aus der Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, 31 (3), S. 409–425.

Hohendanner, C. (2014). *Befristete Beschäftigung. Mögliche Auswirkungen der Abschaffung sachgrundloser Befristungen*. Öffentliche Anhörung von Sachverständigen vor dem Ausschuss für Arbeit und Soziales des Deutschen Bundestags am 17. März 2014. IAB-Stellungnahme 1/2014. http://doku.iab.de/stellungnahme/2014/SN0114.pdf (14.05.2015).

Hohendanner, C. (2013). *Befristete Beschäftigung – Aktuelle Zahlen aus dem IAB-Betriebspanel 2012*. Aktuelle Daten und Indikatoren: Juni 2013. http://doku.iab.de/aktuell/2013/Befristung_2012.pdf (20.06.2015).

Inoue, M./Minami, M./Yano, E. (2014). *Body mass index, blood pressure, and glucose and lipid metabolism among permanent and fixed-term workers in the manufacturing industry: a cross-sectional study*. BMC Public Health, 14, S. 207.

Jacobi, F./Genz, A./Schweer, R. (Hrsg.) (2012). *Macht Arbeit psychisch krank?* Leistung und Lohn. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft (518/519/520/521).

Kalina, T./Weinkopf, C. (2014). *Niedriglohnbeschäftigung 2012. Was ein gesetzlicher Mindestlohn von 8,50 € verändern könnte*. Duisburg: IAQ (Institut Arbeit und Qualifikation).

Kauhanen, M./Nätti, J. (2015). *Involuntary Temporary and Part-Time Work, Job Quality and Well-Being at Work*. Social Indicators Research, 120 (3), S. 783–799.

Keller, B./Seifert, H. (2013). *Atypische Beschäftigung zwischen Prekarität und Normalität. Entwicklung, Strukturen und Bestimmungsgründe im Überblick*. Forschung aus der Hans-Böckler-Stiftung, (158). Berlin: Edition Sigma.

Kirves, K./Cuyper, N. De/Kinnunen, U. et al. (2011). *Perceived job insecurity and perceived employability in relation to temporary and permanent workers' psychological symptoms: a two samples study*. International Archives of Occupational and Environmental Health, 84 (8), S. 899–909.

Kompier, M./Ybema, J. F./Janssen, J. et al. (2009). *Employment contracts: cross-sectional and longitudinal relations with quality of working life, health and well-being*. Journal of occupational health, 51 (3), S. 193–203.

Kretschmer, V./Riedel, N. (2015). *Ein- und Durchschlafstörungen in Abhängigkeit von atypischen Beschäftigungsformen – Geschlechterunterschiede in der lidA-Studie*. Gesundheitswesen, 77 (4), S. e77-e84.

LaMontagne, A. D./Krnjacki, L./Kavanagh, A. M. et al. (2013). *Psychosocial working conditions in a representative sample of working Australians 2001-2008: an analysis of changes in inequalities over time*. Occupational and environmental medicine, 70 (9), S. 639–647.

Langhoff, T./Krietsch, I./Schubert, A. (2012). *Anforderungen an eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Leiharbeit*. WSI Mitteilungen, (6), S. 464–470.

Menéndez, M./Benach, J./Muntaner, C. et al. (2007). *Is precarious employment more damaging to women's health than men's?* Social Science & Medicine, 64 (4), S. 776–781.

Meyer, M./Weirauch, H./Weber, F. (2012). *Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2011*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren. Berlin: Springer, S. 291–468.

Mümken, S. (2010). *Prekäre Beschäftigung – Unsichere Gesundheit? Eine Analyse der Situation von Frauen im Niedriglohnbereich*. Universität Bremen: Dissertation. http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:gbv:46-00101772-15 (20.06.2015).

Pröll, U. (2004). *Arbeitsmarkt und Gesundheit: gesundheitliche Implikationen der neuen Arbeitsmarktpolitik und Ansätze zur Prävention*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Pröll, U./Gude, D. (2003). *Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen: Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Quesnel-Vallée, A./DeHaney, S./Ciampi, A. (2010). *Temporary work and depressive symptoms: a propensity score analysis*. Social Science & Medicine, 70 (12), S. 1982–1987.

Rodriguez, E. (2002). *Marginal employment and health in Britain and Germany: does unstable employment predict health?* Social Science & Medicine, 55 (6), S. 963–979.

Roskies, E./Louis-Guerin, C. (1990). *Job insecurity in managers: Antecedents and consequences.* Journal of Organizational Behavior, 11 (5), S. 345–359.

Santin, G./Cohidon, C./Goldberg, M. et al. (2009). *Depressive symptoms and atypical jobs in France, from the 2003 Decennial health survey*. American Journal of Industrial Medicine, 52 (10), S. 799–810.

Sczesny, C./Jasper, G./Schmidt, S. et al. (2008). *Machbarkeitsstudie: Zeitarbeit – Neue Herausforderungen für den Arbeitsschutz*. Dortmund.

Sverke, M./Hellgren, J./Näswall, K. (2002). *No security: A meta-analysis and review of Job insecurity and its consequences*. Journal of Occupational Health Psychology, 7 (3), S. 242–264.

Siegrist, J. (2010). *Effort-reward imbalance at work and cardiovascular diseases.* International journal of occupational medicine and environmental health, 23 (3), S. 279–285.

Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben*. Reihe Gesundheitspsychologie, (5). Göttingen: Hogrefe.

Statistisches Bundesamt (2015). *Atypische Beschäftigung*. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesamtwirtschaftUmwelt/Arbeitsmarkt/Erwerbstaetigkeit/TabellenArbeitskraefteerhebung/AtypKernerwerbErwerbsformZR.html (09.09.2015).

Techniker Krankenkasse (2009). *TK-Gesundheitsreport. Auswertungen 2009; Arbeitsunfähigkeiten und Arzneiverordnungen Schwerpunkt: Gesundheit von Beschäftigten in Zeitarbeitsunternehmen*. Hamburg.

Vegchel, N. van/Jonge, J. de/Bosma, H. et al. (2005). *Reviewing the effort-reward imbalance model: drawing up the balance of 45 empirical studies*. Social Science & Medicine, 60 (5), S. 1117–1131.

Virtanen, P./Janlert, U./Hammarström, A. (2011). *Exposure to temporary employment and job insecurity: a longitudinal study of the health effects*. Occupational and environmental medicine, 68 (8), S. 570–574.

Virtanen, M./Nyberg, S. T./Batty, G. D. et al. (2013). *Perceived job insecurity as a risk factor for incident coronary heart disease: systematic review and meta-analysis*. BMJ (Clinical research ed.), 347, f4746.

Virtanen, M./Kivimäki, M./Joensuu, M. et al., (2005). *Temporary employment and health: a review*. International journal of epidemiology, 34 (3), S. 610–622.

Virtanen, P./Vahtera, J./Kivimäki, M. et al. (2002). *Employment security and health*. Journal of Epidemiology and Community Health, 56 (8), S. 569–574.

Voß, G. G./Pongratz, H. J. (1998). *Der Arbeitskraftunternehmer – Eine neue Grundform der Ware Arbeitskraft?* Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 50 (1), S. 131–158.

Walwei, U. (2002). *Leiharbeit: Vom Schmuddelkind zum Hoffnungsträger*. IAB-Materialien, (3), S. 6–7.

Wagenaar, A. F./Kompier, M. A. J./Houtman, I. L. D. et al., (2012). *Can labour contract differences in health and work-related attitudes be explained by quality of working life and job insecurity?* International Archives of Occupational and Environmental Health, 85 (7), S. 763–773.

Wanger, S. (2011). *Viele Frauen würden gerne länger arbeiten*. IAB-Kurzbericht, (9). Nürnberg: Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung. http://doku.iab.de/kurzber/2011/kb0911.pdf (12.08.2015).

Wilkins, K./Beaudet, M. P. (1998). *Work stress and health*. Health Reports, 10 (3), S. 47–62.

Wieland, R./Grüne, P./Schmitz, U. et al. (2001). *Zeitarbeit optimal gestalten – Spezifische psychische Belastungen bei Leiharbeit.* Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

Wittig, P./Nöllenheidt, C./Brenscheidt, S. (2013). *Grundauswertung der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung 2012 – Männer/Frauen in Vollzeit. mit den Schwerpunkten Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und gesundheitliche Beschwerden*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

IV
Ausgewählte neuzeitliche Herausforderungen

11 Herausforderungen neuer Medien – zwischen ständiger Erreichbarkeit, Selbstausbeutung und kompetentem Umgang

MARKUS-OLIVER SCHWAAB

Mit der Nutzung neuer Kommunikationstechnologien wie E-Mails, Smartphones oder Kurzmitteilungen sind Chancen und Risiken verbunden, die einen betrieblichen Handlungsbedarf auslösen. Insbesondere gilt es, der Gefahr einer zu starken Belastung der Beschäftigten zu begegnen, die aufgrund der Dauererreichbarkeit und der veränderten Verhaltenserwartungen vorhanden ist. Der Beitrag geht zunächst auf aktuelle Untersuchungsergebnisse zu den Auswirkungen der neuen Medien ein. Daneben werden verschiedene nationale und internationale Ansätze berichtet und diskutiert, mit denen eine Regulierung der Nutzung dieser Technologien angestrebt wird. Schließlich werden konkrete Optionen aufgezeigt, die einen kompetenten Umgang mit den neuen Medien ermöglichen. Dabei wird auch erläutert, warum allgemeine Regeln weniger Erfolg versprechen als Lösungen, die von den betroffenen Personen und ausgehend von den spezifischen Arbeitsbedingungen gemeinsam erarbeitet und vereinbart werden.

11.1 Zunehmende Präsenz neuer Medien im betrieblichen Umfeld

Smartphones und Tablet-Computer sind nach wie vor auf dem Vormarsch. Ihre zunehmende Verbreitung sowie der einfache, kostengünstige und flächendeckende Zugang zum Internet sorgen dafür, dass immer mehr Menschen jederzeit online sein können und auch kontinuierlich zu erreichen sind. 63 % der Bundesbürger ab 14 Jahren nutzen bereits ein Smartphone (vgl. Bitkom, 2015a) – und die Zahl der „digitalen Alleskönner" nimmt weiter rasant zu. Die Geräte werden nicht nur zum Telefonieren genutzt, sondern auch zur Terminplanung sowie zum Lesen oder Schreiben von E-Mails und Kurznachrichten. Weitere Funktionen, die zudem im betrieblichen Kontext von Interesse sind, sind das Recherchieren von Informationen im Internet,

das Fotografieren oder das ungehinderte Navigieren – und fast täglich tauchen neue Anwendungen auf.

Kein Wunder, dass sich vor diesem Hintergrund auch das Kommunikationsverhalten und die Arbeitsweisen in Unternehmen verändern. Viele Beschäftigte hierzulande können sich das Arbeiten ohne E-Mails nicht mehr vorstellen, auch wenn Deutschland im europäischen Vergleich hinsichtlich der Internetnutzung bei Weitem nicht führend ist und z. B. deutlich hinter den skandinavischen Ländern liegt (vgl. Bitkom, 2015b). Internetrecherchen gehören inzwischen genauso zum betrieblichen Alltag wie IT-gestützte unternehmensinterne Informationssysteme, mobiles Telefonieren und der Versand von SMS oder anderen Kurzmitteilungen. Die Erreichbarkeit rund um die Uhr wird in vielen Betrieben zur Selbstverständlichkeit.

Smartphones, Tablet-Computer oder Notebooks, die Beschäftigte von ihren Arbeitgebern erhalten, um die neuen technischen Möglichkeiten flexibel nutzen zu können, werden oftmals nicht nur zu dienstlichen, sondern auch zu privaten Zwecken genutzt. Letzteres mag zwar auch während der eigentlichen Arbeitszeit geschehen, doch wird diese private Nutzung im Gegensatz zu früher immer seltener problematisiert. Dies könnte daran liegen, dass die Mitarbeiter auch regelmäßig außerhalb der gewöhnlichen Arbeitszeiten für ihr Unternehmen tätig sind oder zumindest erreicht werden können, ohne dass dies speziell erfasst und abgegolten würde. Die Tatsache, dass bei den privaten Aktivitäten keine nennenswerten zusätzlichen Kosten entstehen, mag ebenfalls die neue Toleranz erklären. Das Kostenargument greift in Zeiten vermehrter Pauschalangebote für Telefonie und Internetnutzung auch in umgekehrter Richtung: Getreu dem Motto „Bring your own device“ sehen es immer mehr Arbeitnehmer als ganz selbstverständlich an, auf ihre privaten Geräte zurückzugreifen, um ihrer beruflichen Tätigkeit nachgehen zu können.

11.2 Chancen und Risiken der Nutzung neuer Medien

Angesichts des beschriebenen Wandels der Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten stellt sich die Frage, ob dieser nur Vorteile mit sich bringt. Die Stimmen mehren sich, wonach damit auch erhebliche Risiken verbunden sind. So wird beispielsweise kritisiert, dass die ständige Erreichbarkeit zur Dauerbereitschaft der Mitarbeiter und damit zu einer wachsenden Belastung führen kann (vgl. Lubbadeh, 2014; Montag, 2015; Vollstädt, 2015; Wilde, 2015). Nachfolgend werden die Chancen

und Risiken genauer betrachtet, die mit dem Aufkommen und der Verbreitung der neuen Technologien verbunden sind.

11.2.1 Chancen der Nutzung neuer Medien

Der Nutzen der neuen Medien, seien sie internet- oder telefonnetzgestützt, liegt zunächst auf der Hand: Er besteht darin, flexibel, schnell und billig kommunizieren zu können. Auch große Datenmengen können in kurzer Zeit von A nach B gelangen. Ein fundierter, datengestützter Austausch sowie darauf aufbauende Entscheidungen sind so grundsätzlich sehr schnell möglich. Diese Pluspunkte erscheinen heute selbstverständlich und werden einem erst dann wieder richtig bewusst, wenn man zehn, zwanzig oder dreißig Jahre zurückblickt und einen Vergleich zu klassischen Telefonaten oder einem briefgestützten Informationsaustausch zieht. Die Zeiten, in denen man einen Briefkasten gesucht, auf den Briefträger gewartet oder Telefontermine im Festnetz verabredet hat, um sich abzustimmen, sind vorbei. Mit E-Mails und Smartphones ist es möglich, sich ganz flexibel auszutauschen – egal wann, fast egal wo.

Ein gemeinsamer Vorteil der Anwendungen ist, dass Informationen einem Adressaten einfach übermittelt werden können, auch wenn dieser persönlich nicht unmittelbar erreicht werden kann. Er kann die Mitteilungen jederzeit dann zur Kenntnis zu nehmen, wenn er die Zeit dazu hat und dies möchte. Möglich ist es auch, sprachliche und visuelle Informationen so miteinander zu verknüpfen, dass das Verständnis erleichtert wird. Ein weiterer Nutzen der neuen Kommunikationsinstrumente besteht darin, dass mehrere Empfänger vergleichsweise einfach und zeitgleich mit derselben Nachricht angesprochen werden können. Auch ein Austausch in Gruppen ist möglich, ohne dass mehrere parallele Aktivitäten erforderlich wären.

Sicherlich setzt die kompetente Nutzung der neuen Technologien ein gewisses technisches Know-how, einige organisatorische Fähigkeiten und mehr Selbstverantwortung der Beteiligten voraus, doch schlägt sich dies in einem erheblich reduzierten Arbeitsaufwand sowie geringeren Transaktionskosten nieder.

11.2.2 Risiken der Nutzung neuer Medien

Es ist somit nicht zu bestreiten, dass die neuen Medien viele Vorteile mit sich bringen. Sind mit ihrer Nutzung aber auch Risiken verbunden? Wie gehen die Menschen mit

der Fülle an Information und der dauernden Erreichbarkeit um? Lange war das in Deutschland kein Thema, während es z. B. in den USA und Frankreich bereits rege diskutiert wurde (vgl. ORSE, 2011; Perlow, 2012). Das hat sich in den letzten Jahren geändert. Inzwischen werden die möglichen Auswirkungen der voranschreitenden Digitalisierung der Arbeitswelt auch in der Bundesrepublik verstärkt unter die Lupe genommen und unterschiedliche Auffassungen kontrovers ausgetauscht (vgl. Buttlar/Tiesenhausen, 2014; Dämon, 2015; Hammermann/Stettes, 2015; Techniker Krankenkasse, 2013). Publikationen wie „Digital Junkies", in dem Bert te Wildt (2015) die Folgen der Internetabhängigkeit aufzeigt, bekommen nunmehr hierzulande viel Beachtung.

Jeder Mensch braucht Zeit, um sich von den Anstrengungen der Arbeit zu erholen. Diese Erkenntnis ist genauso wenig neu wie die, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement helfen kann, die Leistungsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten (vgl. Meifert/Kesting, 2004). Die Bedeutung der Gesundheit geht weit über den religiös begründeten freien Sonntag und die gesetzlichen Ruhe- oder Urlaubszeiten hinaus. Für eine gewisse Dauer kann der Einzelne auf seine Reserven zurückgreifen und den Regenerationsbedarf verdrängen, doch irgendwann ist der Punkt erreicht, an dem die Energievorräte aufgebraucht sind und wieder aufgeladen werden müssen. Um richtig entspannen zu können, ist es unerlässlich, komplett abzuschalten.

Neue Medien bergen die Gefahr, dass diese erforderlichen Ruhephasen wegfallen, denn sie führen dazu, dass Berufs- und Privatleben bei immer mehr Beschäftigten miteinander verschmelzen (vgl. Jäggi, 2013): Mal vibriert das Handy beim Spaziergang in der Jackentasche, mal leuchtet das Display während des Essens auf, da eine Kurzmitteilung eingegangen ist, mal signalisiert der auf den Nachttisch liegende Tablet-Computer eine eingehende E-Mail. Stets wird die Freizeit unterbrochen, stets die berufliche Verpflichtung in Erinnerung gerufen – auch dann, wenn die neue Nachricht vielleicht gar keinen Bezug zur Arbeit hat. Allein diese Möglichkeit sorgt schon für Unruhe und Anspannung. Richtige Erholung? Fehlanzeige. Fakt ist, dass bei manch einem sogar schon ausbleibende Störungen für Nervosität und Entzugserscheinungen sorgen (vgl. Montag, 2015).

Hinzu kommt, dass die Hemmschwelle, die Ruhephasen anderer zu unterbrechen, in den letzten Jahren bei vielen gesunken ist. War es früher tabu oder zumindest die absolute Ausnahme, abends oder am Wochenende Kollegen zu kontaktieren, ist dies inzwischen fast schon Normalität. Statt jemanden telefonisch anzusprechen,

ist es jetzt möglich, ihn indirekt per SMS, WhatsApp-Botschaft, E-Mail oder Skype-Nachricht zu kontaktieren. Der Vorteil aus Sicht des Senders: Der Empfänger wird nicht unmittelbar gestört, sondern nur bzw. erst dann, wenn er empfangsbereit ist – oder anders ausgedrückt, wenn er gewillt ist, gestört zu werden.

So weit ist das Ganze noch nicht problembehaftet. Dies wird es erst dadurch, dass heute vielerorts die uneingeschränkte Erreichbarkeit erwartet oder sogar vorausgesetzt wird. Eine neue Kultur der Kommunikation breitet sich aus. „Always on“ ist gefragt. Und noch mehr: „E-Mails nicht sofort zu beantworten, gilt heutzutage als grob unhöflich.“ (Lubbadeh, 2014) So entsteht Druck, Belastung und letztlich auch Stress.

Mit den neuen Medien sind im betrieblichen Kontext weitere Herausforderungen verknüpft:

- **Datenschutzrisiken**: Das Risiko, dass Informationen versehentlich in den falschen Händen landen, ist allgegenwärtig. Wer kennt nicht den Fall, bei dem eine E-Mail aufgrund einer Unachtsamkeit des Senders dem falschen Empfänger zugesandt wurde? Oder dass ein Zahlendreher bei der Eingabe der Rufnummer dafür sorgt, dass eine Kurznachricht beim Falschen landet.
- **Bewältigung der Datenflut**: Aus der Tatsache, dass es sehr leicht ist, Informationen zu versenden, resultiert, dass viele Nachrichten übermittelt werden, die dies nicht würden, wenn damit ein größerer Aufwand verbunden wäre, als nur das „Kopie-Zeichen“ und eine E-Mail-Adresse anzuklicken. Viele Mitarbeiter versorgen im Zweifel lieber eine Person zu viel mit einer Information als eine zu wenig. Die sich so einstellende Datenflut bringt schnell den Eingangskorb der Empfänger zum Überlaufen – deren Aufnahme- und Verarbeitungskapazität wird auf die Probe gestellt und stößt häufig an ihre Grenzen. Zweifelsohne ziehen die E-Mail-Berge Verzögerungen bei der Beantwortung wichtiger Anfragen nach sich. Die zugespitzte Aussage, wonach bei vielen Mitarbeitern das Lesen und Beantworten von E-Mails einen Arbeitstag pro Woche kostet (vgl. Töpper, 2014), stimmt nachdenklich. Es ist gar zu befürchten, dass manch ein Mitarbeiter vor lauter Reagieren auf E-Mails nicht mehr dazu kommt zu agieren.
- **Problematische Kommunikationspraktiken:** Besonders gefährlich sind betriebliche Absicherungstendenzen, denen die neuen Möglichkeiten der Kommunikation in die Karten spielen. Häufig erhalten Personen eine Nachricht

„in Kopie“, um sicherzustellen, dass sie später nicht argumentieren können, davon nichts gewusst zu haben. Noch kritischer zu bewerten sind sogenannte Blindkopien, bei denen die anderen Empfänger nicht erfahren, wer sonst noch mitliest. Diese Gepflogenheit ist Ausdruck von nicht vorhandener Offenheit, Misstrauen und Geheimniskrämerei, aber nicht von einer positiven Kultur des Miteinanders. Aber auch das schnelle Weiterleiten von Nachrichten an Kollegen, ohne diese vorher genauer gelesen zu haben, nur um sie als „erledigt“ abhaken zu können, steigert nicht die Produktivität einer Organisation (vgl. Dämon, 2014).

- **Unterbrechungen im Arbeitsprozess:** Viele Nutzer neuer Medien lassen sich direkt über eingehende Mitteilungen unterrichten. Damit sind immer wieder kleine Störungen der Konzentration und des Arbeitsprozesses verbunden, auch wenn die Nachrichten nicht gleich vollständig gelesen werden. Im Ergebnis sorgen all diese Ablenkungen für Ineffizienz und sinkende Produktivität (vgl. Montag, 2015). Der aufgrund der Vielzahl der versandten und eingehenden Nachrichten nach und nach aufgebaute Druck, die eingehenden Botschaften irgendwann verarbeiten zu müssen, bringt zudem Unruhe und mündet schließlich in Stress.
- **Verschmelzung von Privat- und Berufsleben**: Die von den neuen Medien verstärkte Verschmelzung von Privat- und Berufsleben führt Unternehmen und vor allem Führungskräfte in eine Zwickmühle. Lange wurden Mitarbeiter dazu angehalten, sich während der Arbeitszeiten auf ihre betrieblichen Aufgaben zu konzentrieren. Private Gespräche und Telefonate wurden kritisch beäugt. So ging man anfangs auch mit privaten E-Mails um und versuchte, diese während der Arbeit zu unterbinden. Doch jetzt gehen diese Mitteilungen plötzlich auf dem privaten Smartphone des Mitarbeiters ein, dessen Nutzung man sich in der heutigen Zeit nicht wirklich zu untersagen traut – schließlich will man selbst den Kollegen genau auf diesem Weg auch in seinem privaten Umfeld erreichen, wenn es mal wieder abseits der Arbeitszeiten im Betrieb klemmt.

11.2.3 Betrieblicher Handlungsbedarf

Die im letzten Abschnitt erläuterten Herausforderungen, die mit der zunehmenden Nutzung der neuen Medien im betrieblichen Umfeld verbunden sind, zwingen die Unternehmen zum Handeln. Dies rührt einerseits daher, dass ihre Interessen unmittelbar betroffen sind. Andererseits müssen sie sich aber auch darum sorgen, dass die Leistungsfähigkeit ihrer Mitarbeiter auf Dauer gesichert bleibt. Die Verantwortlichen sind damit gefordert, die Nutzung der neuen technologischen Lösungen in Bahnen zu lenken, die sowohl den unternehmerischen als auch den individuellen Interessen gerecht werden. Auf eine Vielzahl von Fragen gilt es dabei Antworten zu geben. Bezogen auf die *technische Ausstattung* lauten diese u. a.:

- Wer bekommt welche betrieblichen Endgeräte zur Verfügung gestellt?
- Dürfen private Geräte im betrieblichen Umfeld genutzt werden?
- Zu welchem Zweck dürfen die Medien eingesetzt werden?
- Wie wird der Datenschutz sichergestellt?
- Wer übernimmt die anfallenden Kosten?

Damit eng verbunden sind auch Fragen, die nur mittelbar mit den neuen Medien zu tun haben. Der Wandel der Arbeitsweisen, der durch die neuen technologischen Möglichkeiten ausgelöst wird, sorgt dafür, dass z. B. folgende Fragestellungen zur *Arbeitsorganisation* von besonderer Bedeutung sind:

- Wie wird mit den Arbeitszeiten umgegangen, die anfallen, wenn Mitarbeiter außerhalb der üblichen Arbeitszeiten oder woanders als am betrieblichen Arbeitsplatz tätig sind?
- Wie wird sichergestellt, dass die gesetzlich vorgesehenen Ruhephasen eingehalten werden? Und wer trägt hierfür die Verantwortung?

Aus rein betrieblicher Sicht lassen sich viele dieser Fragen recht schnell schlüssig beantworten. Schwierigkeiten resultieren jedoch daraus, dass die Grenzen von Arbeit und Privatem immer weiter verschwimmen. Während sich lange Zeit viele Gedanken darum gedreht haben, wie die private Nutzung der neuen Medien während der Arbeitszeit zumindest eingedämmt werden kann, wurde nur wenig reflektiert, wie damit umzugehen ist, wenn die Medien im Unternehmensinteresse während der Freizeit genutzt werden.

Bei gut bezahlten Arbeitnehmern und Führungskräften mag die jederzeitige Erreichbarkeit inzwischen normal und mit der Vergütung finanziell abgegolten sein. Auch die Kosten für die Technik stellen in Zeiten von Flatrates und immer erschwinglicherer Geräte keinen wirklichen Diskussionspunkt dar. Doch zunehmend beschäftigt die Frage, ob das „Always on" die Mitarbeiter auf Dauer zu stark belastet (vgl. Hammermann/Stettes, 2015). Ist es eine Erklärung für die zunehmende Zahl psychischer Erkrankungen? Sind die neuen Medien sogar ein wesentlicher Verursacher der Burnout-Welle? Hammermann/Stettes (2015) sehen eher wenig Grund zur Sorge, dass die zunehmende Digitalisierung gesundheitliche Risiken mit sich bringt, doch diejenigen, die die Gegenposition beziehen, sind klar in der Überzahl (vgl. z. B. Buttlar/Tiesenhausen, 2014; Lubbadeh, 2014; Montag, 2015; Wilde, 2015).

Der Hauptgeschäftsführer der Bitkom (Bundesverband Informationswirtschaft, Telekommunikation und neue Medien e.V.) Rohleder sieht hier die Unternehmen in der Verantwortung. So fordert er bezogen auf die Ferienzeit:

> „Im Urlaub muss man aber auch einmal vollständig abschalten können. Die Unternehmen sollten gemeinsam mit ihren Mitarbeitern Regeln entwickeln, wie der Erholungsbedarf der Mitarbeiter und die Leistungsfähigkeit der Organisation in ein gutes Gleichgewicht gebracht werden können." (Bitkom, 2015d)

11.3 Forschungsergebnisse zum Umgang mit neuen Medien

Die Forschung beschäftigt sich inzwischen mit den Einflüssen der neuen Medien auf die Arbeitskultur. Deutschsprachige Publikationen sind jedoch noch recht selten, auch wenn bereits vergleichsweise früh interessante Untersuchungsergebnisse sowie konkrete Handlungsempfehlungen vorgelegt wurden (vgl. z. B. Moser et al., 2002; Soucek/Moser, 2004). Erst in diesem Jahrzehnt wurden die Forschungsaktivitäten intensiviert. Im Zusammenhang mit der Life-Balance-Initiative von Daimler (2012) wurden vom Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie der Universität Heidelberg zweimal über 6.000 Mitarbeiter befragt und Leitlinien für Führungskräfte entwickelt. Im Folgenden werden konkrete Ergebnisse aus ausgewählten Studien vorgestellt.

11.3.1 Ergebnisse ausgewählter Studien

Markgraf (2013) konnte in Deutschland aufzeigen, dass ein Drittel der befragten Personen täglich mehr als zwei Stunden mit der Bearbeitung von E-Mails verbrachte. Die meisten der ausgewerteten 2.068 Untersuchungsteilnehmer äußerten den Wunsch, weniger Zeit für diese Aufgabe zu brauchen. Dennoch riefen aber knapp zwei Drittel auch außerhalb der Arbeitszeit ihre eingehenden beruflichen Nachrichten ab. In der gleichen Untersuchung wurde deutlich, dass viele Befragte über neue Mitteilungen unmittelbar per visuellem oder akustischem Hinweis informiert und damit von der Arbeit abgelenkt werden. Es ergab sich jedoch kein eindeutiges Bild hinsichtlich der empfundenen Belastungssituation. Tendenziell überwogen für die Antwortenden die positiven Aspekte beim Umgang mit E-Mails. Während sich 31 % durch sie gestresst fühlten, stimmten 56 % dieser Aussage nicht zu. 48 % waren der Auffassung, dass die Kommunikation per E-Mail ihre Arbeitsbelastung verringerte, 35 % widersprachen.

Interessant ist ein Blick zu unseren französischen Nachbarn. Die Organisation ORSE (Observatoire de la Responsabilité Sociétale des Entreprises), in der sich Firmen im Hinblick auf ihre soziale Verantwortung zusammengeschlossen haben, hat in Kooperation mit einer Reihe von Wissenschaftlern eine differenzierte Analyse realisiert und darauf aufbauend u. a. Richtlinien erarbeitet, die den kompetenten Umgang mit E-Mails sicherstellen sollen. Folgende markante Zahlen zur E-Mail-Nutzung wurden von ORSE (2011) bereits vor geraumer Zeit publiziert:

- 56 % der Nutzer verbrachten täglich mehr als zwei Stunden mit der Bearbeitung ihrer eingehenden Nachrichten.
- 38 % erhielten täglich über 100 E-Mails.
- 70 % der Manager gaben an, unter einer Überlast an Informationen zu leiden.
- 65 % erklärten, ihren Posteingang stündlich zu überprüfen, taten dies tatsächlich aber noch viel häufiger.
- 64 Sekunden dauert es durchschnittlich, um einen Gedankengang wieder aufzugreifen, der durch den Eingang einer Nachricht unterbrochen wird.

In den USA hat Perlow (2012) wegweisende Studien betrieben: In einem Projekt mit einer Beschäftigtengruppe einer bekannten multinationalen Unternehmensberatung ging es zunächst darum, den Beschäftigten pro Woche einen Abend ohne berufliche

Verpflichtungen und insbesondere ständige Erreichbarkeit zu ermöglichen. Perlow fand heraus, dass solche geplanten Auszeiten möglich sind und akzeptiert werden. In Kombination mit einem regelmäßigen, strukturierten persönlichen Austausch in der Arbeitsgruppe konnte sie insgesamt einen deutlichen Effizienzgewinn registrieren. Damit konnte sie erste Hinweise liefern, wie der aufzehrende Weg hin zur Dauerbereitschaft verlassen werden kann. Perlows Erkenntnisse passen zu den Aussagen von Geißler (2012), der die Bedeutung von regelmäßigen Ruhetagen für die Arbeitsleistung der Beschäftigten unterstreicht.

In ihrer Studie zur Stresslage der Nation hat die Techniker Krankenkasse (2013) herausgefunden, dass die ständige Erreichbarkeit umso verbreiteter ist, je höher der Bildungsabschluss oder das Einkommen sind. Bemerkenswert ist, dass über die Hälfte der Teilzeitbeschäftigten angab, immer erreichbar zu sein, dagegen nur ein Drittel der Vollzeitarbeitskräfte. Knapp jeder dritte Beschäftigte in Deutschland entschied sich bewusst dafür, nach Feierabend nicht mehr ins Internet zu gehen. Von denen, die die Informationsüberflutung als einen der größten beruflichen Stressfaktoren ansahen, haben sogar 44 % ganz bewusst darauf verzichtet.

Die Bitkom (2015c) hat auf Basis einer repräsentativen Untersuchung in Deutschland berichtet, dass 48 % der berufstätigen Besitzer von Smartphones während privater Treffen mit der Familie oder Freunden auch berufliche Dinge erledigen. 20 % tun dies sogar regelmäßig. Obwohl dieses Verhalten also schon weit verbreitet ist, fühlen sich die meisten Bundesbürger dadurch offensichtlich gestört. 67 % sahen es als unhöflich an, nur 28 % als normal. Auffällig war die geringere Toleranz älterer Menschen ab 65 Jahren, von denen dies 83 % als Störung empfanden.

In der gleichen Studie der Bitkom (2015c) ist auf die zunehmende Vermischung von Berufs- und Privatleben hingewiesen worden. 41 % der berufstätigen Smartphone-Besitzer erledigten während dienstlicher Besprechungen auch private Dinge. Überwiegend wurden E-Mails oder Kurznachrichten gelesen und beantwortet. 72 % der Berufstätigen wurden dadurch gestört (vgl. Bitkom, 2015d), zwei Drittel empfanden dies als unhöflich und 41 % berichteten, dass die Qualität der Meetings darunter litt.

In einer weiteren repräsentativen Untersuchung ermittelte die Bitkom (2015e), dass 72 % der deutschen Beschäftigten während ihres Sommerurlaubs für ihre Vorgesetzten, Kollegen und auch Geschäftspartner zu erreichen sind. Sie reagieren genauso auf dienstliche Anrufe (66 %) wie auf Kurznachrichten (58 %) und E-Mails (48 %).

Montag (2015) berichtet auf Basis eigener Recherchen, dass viele Besitzer von Smartphones noch kurz vorm Schlafengehen (40,7 %) und bereits in den ersten Minuten nach dem Aufstehen (36,6 %) zu ihrem Gerät greifen. Der eigentliche Grund liegt meist darin, die Weckfunktion zu nutzen, doch mündet dies nicht selten darin, dass der Eingang von E-Mails überprüft wird.

11.3.2 Ergebnisse einer spezifischen empirischen Studie zum Umgang mit neuen Medien

Mit einer empirischen Studie hat der Autor am Human Resources Competence Center der Hochschule Pforzheim genauer untersucht, wie sich die zunehmende Verbreitung neuer Medien auf das Verhalten von Mitarbeitern auswirkt und welche Konsequenzen damit verbunden sind.

Beschreibung der Stichprobe

An der Befragung haben im Sommer 2013 insgesamt 449 in Deutschland tätige Personen aus unterschiedlichen Branchen und Berufsgruppen teilgenommen, darunter 51,7 % Männer. 52,3 % der Befragten hatten eine Führungsposition. Das Durchschnittsalter lag bei 39,5 Jahren. 95,0 % der Untersuchungsteilnehmer nutzten ein Notebook, 77,5 % davon beruflich. 76,6 % setzten mit einem Desktop-PC auf ein weiteres „klassisches“ Endgerät, 65,3 % davon beruflich. Einen Tablet-Computer hatten 55,0 % in Gebrauch. 87,5 % der Befragten waren Nutzer von Smartphones; 39,1 % von diesen gaben an, die Geräte rein privat einzusetzen, 4,4 % nutzten diese nur dienstlich und über die Hälfte (56,5 %) sowohl als auch. Bemerkenswert ist, dass 27,1 % der Befragten ihre betrieblichen E-Mail-Konten auch für private Zwecke nutzten. 16,0 % wickelten zumindest einen Teil ihrer beruflichen Kommunikation über ihre privaten E-Mail-Konten ab. Jeder Dritte (36,1 %) gab an, berufliche Kurznachrichten per SMS oder WhatsApp zu schreiben. Nur wenige setzten beruflich Skype ein. Twitter war als Austauschplattform nur von untergeordneter Bedeutung.

Die Befragten gaben an, die meisten privaten Nachrichten auf ihren privaten E-Mail-Konten oder als Kurznachricht zu erhalten. Bei 22,5 % gingen täglich an Wochentagen mehr als zwanzig E-Mails ein. Die gleiche Anzahl an privaten Kurznachrichten verzeichneten pro Tag 23,1 % der Untersuchungsteilnehmer; 6,6 % von ihnen berichteten sogar von über hundert SMS-Nachrichten.

Die Anzahl an beruflichen Mitteilungen unter der Woche war deutlich höher als die der privaten. Die dienstlichen Nachrichten gingen überwiegend auf den betrieblichen E-Mail-Konten ein. 11,1 % der Befragten erhielten pro Tag durchschnittlich bis zu zehn solcher dienstlicher Nachrichten, weitere 14,7 % bis zu zwanzig. Diesen noch zu überschauenden Größenordnungen standen aber Angaben gegenüber, wonach 46,3 % der Befragten über vierzig Mails erhielten – jeder Vierte (25,2 %) sah sich täglich schon mit über siebzig Nachrichten konfrontiert, 13,8 % sogar mit mehr als hundert. Die Zahl beruflicher Kurznachrichten war bei den meisten Befragten gering, 67,5 % empfingen gar keine. Führungskräfte erhielten signifikant mehr E-Mails: Mindestens hundert Mitteilungen empfingen 17,4 % von ihnen, über 40 Nachrichten mehr als die Hälfte (52,4 %).

Kommunikation außerhalb der üblichen Arbeitszeiten

Werden Mitarbeiter außerhalb der gewöhnlichen Arbeitszeiten mithilfe der neuen Kommunikationsinstrumente dienstlich behelligt? 31,2 % gaben an, dass dies samstags nicht der Fall ist und 38,8 % wurden sonntags nicht kontaktiert. Im Umkehrschluss bedeutet dies: Etwa zwei Drittel der Befragten wurden auch am Wochenende betriebliche Informationen zugeschickt. Führungskräfte wurden noch etwas häufiger gestört (vgl. Tab. 11.1). Von einer echten Wochenendruhe kann deshalb nicht die Rede sein. Abends nach 19:00 Uhr erhielten 47,1 % der Befragten immer wieder oder sogar häufig berufliche Mitteilungen, morgens vor 8:00 Uhr traf dies auf 48,1 % zu. Auch am Wochenende oder im Urlaub waren für viele dienstliche Störungen normal. 39,2 % von ihnen bekamen am Wochenende regelmäßig E-Mails oder Kurznachrichten, fast jeder Zweite (48,5 %) zudem im Urlaub. Offensichtlich hatte es einen bedeutenden Einfluss, ob eine Person eine Führungsaufgabe wahrnahm: Führungskräfte wurden außerhalb der gewöhnlichen Arbeitszeiten häufiger kontaktiert. So wurde ihre Freizeit bei 49,8 % am Wochenende und 56,7 % im Urlaub unterbrochen.

Es fällt auf, dass die Hemmschwelle, jemanden aus beruflichen Gründen mit einem Telefonanruf außerhalb der üblichen Arbeitszeiten zu stören, größer ist (vgl. Tab. 11.1 und 11.2). Ob abends (64,3 %), morgens (63,9 %), am Wochenende (66,4 %) oder im Urlaub (71,0 %): Viele berichteten, dass sie in diesen Zeiten nie oder nur sehr selten angerufen wurden. Offensichtlich fällt es leichter, außerhalb der gewöhnlichen Arbeitszeiten schriftliche Nachrichten zu senden, als zum Telefon zu greifen. Ein Erklärungsansatz könnte sein, dass bei schriftlichen Mitteilungen im Gegensatz

zu Telefongesprächen keine unmittelbare Störung stattfindet und der Empfänger entscheiden kann, wann er die Nachrichten zur Kenntnis nehmen will. Auch der Urlaub und das Wochenende von Führungskräften werden deutlich seltener von einem Telefonat als von einer schriftlichen Nachricht unterbrochen. Doch auch hier werden sie stärker beansprucht als die anderen Beschäftigten.

Tab. 11.1: Außerhalb der üblichen Arbeitszeiten erhaltene berufliche Mitteilungen

	Mitarbeiter ohne Führungsaufgabe (N = 214)			Mitarbeiter mit Führungsaufgabe (N = 235)		
	immer wieder	häufig	sehr häufig	immer wieder	häufig	sehr häufig
abends nach 19:00 Uhr	23,6 %	9,9 %	0,9 %	28,6 %	23,9 %	6,0 %
morgens vor 8:00 Uhr	27,2 %	11,7 %	3,3 %	26,1 %	21,8 %	5,6 %
Wochenende	19,2 %	7,0 %	1,4 %	31,3 %	12,9 %	5,6 %
Urlaub	19,8 %	12,7 %	7,1 %	25,8 %	21,9 %	9,0 %

Tab. 11.2: Außerhalb der üblichen Arbeitszeiten erhaltene berufliche Anrufe

	Mitarbeiter ohne Führungsaufgabe (N = 214)			Mitarbeiter mit Führungsaufgabe (N = 235)		
	immer wieder	häufig	sehr häufig	immer wieder	häufig	sehr häufig
abends nach 19:00 Uhr	8,5 %	0,9 %	0,9 %	18,4 %	3,8 %	0,4 %
morgens vor 8:00 Uhr	9,4 %	3,3 %	1,9 %	13,7 %	6,0 %	1,3 %
Wochenende	2,8 %	4,7 %	0,4 %	10,4 %	1,7 %	0,0 %
Urlaub	7,1 %	1,4 %	0,9 %	12,9 %	1,3 %	0,0 %

Die Zahl der beruflichen E-Mails außerhalb der üblichen Arbeitszeiten hat in den letzten drei Jahren vor der Erhebung insgesamt zugenommen, so die Einschätzung von 65,1 % der Teilnehmer an der Studie; 6,7 % erlebten dagegen eine Abnahme.

Die Befragten sagten ebenfalls aus, dass in diesem Zeitraum berufliche E-Mails am Abend, Wochenende oder im Urlaub zugenommen hatten (39,8 %, 28,1 %, 24,1 %). Interessant ist, dass es Hinweise darauf gab, wonach parallel dazu die Anzahl der beruflich bedingten Anrufe zwar insgesamt angewachsen ist (das sahen 31,5 % der Befragten so), diese aber am Wochenende und im Urlaub tendenziell eher abgenommen haben könnte. Die Untersuchungsergebnisse lassen jedoch keine eindeutige Interpretation zu: Während 15,5 % einen Rückgang der dienstlichen Anrufe am Wochenende feststellten, sahen 8,1 % einen Zuwachs. 17,3 % registrierten im Verlauf der letzten drei Jahre weniger Anrufe im Urlaub, 11,0 % dagegen mehr. Denkbar ist, dass der leichte Rückgang an telefonischen Störungen mit dem festgestellten Zuwachs an E-Mails zusammenhängt.

Es stellt sich die Frage, ob der Kommunikationsbedarf in den letzten Jahren insgesamt zugenommen und deshalb mehr Informationsaustausch stattgefunden hat oder ob sich nur die Art der Kommunikation verändert hat. Für einen allgemein wachsenden Kommunikationsbedarf spricht die Tatsache, dass nicht nur 64,9 % der Befragten eine Zunahme der mit ihren Vorgesetzten und direkten Kollegen ausgetauschten E-Mails beobachteten, sondern auch 32,0 % eine wachsende Anzahl von Telefonaten und 49,7 % einen Anstieg der durchgeführten Besprechungen feststellten.

Individuelles Kommunikationsverhalten

Was ergibt nun die genauere Analyse des persönlichen Kommunikationsverhaltens? Jeder zweite Befragte (51,1 %) gab an, unter der Woche den Eingang einer neuen beruflichen E-Mail zu überprüfen, sobald ein Hinweis darauf erscheint. 24,1 % überprüften stündlich ihren Maileingang und weitere 16,2 % vier- bis sechsmal am Tag. Drei Viertel der Befragten nahmen also regelmäßig binnen einer Stunde neue Nachrichten zur Kenntnis, über 90 % innerhalb von zwei Stunden nach deren Eingang. Ihre privaten E-Mail-Konten überprüften die meisten Befragten (47,8 %) täglich; 10,5 % taten dies aber sofort, wenn sie einen entsprechenden Hinweis erhielten. Kurznachrichten wurden von genau der Hälfte der Befragten direkt dann gelesen, wenn sie von diesen erfuhren. Während viele Teilnehmer an der Studie noch mehrfach täglich überprüften, ob sie entsprechende Mitteilungen erhalten hatten, taten dies 22,1 % nur einmal am Tag und 2,9 % wöchentlich. Auch sonst fällt auf, dass es ganz unterschiedliche Nutzerprofile gab. Medien wie Twitter oder Skype überprüften die meisten der

Nutzer nur einmal in der Woche, zwischen 12,1 % (Twitter) und 23,8 % (Skype) reagierten aber sofort, wenn sie über eine Nachricht informiert wurden.

Drei von vier Befragte (75,1 %) gaben an, die Medien am Wochenende anders zu nutzen. Führungskräfte unterschieden sich in dieser Hinsicht grundsätzlich nicht von den anderen Beschäftigten. Die genauere Analyse ergab allerdings ein differenzierteres Bild. 44,4 % der Manager checkten einmal täglich ihre betrieblichen E-Mail-Konten, 22,9 % öfter. Jede dritte Führungskraft (32,7 %) verzichtete über das Wochenende komplett darauf. Die Mitarbeiter ohne Führungsposition schalteten am Wochenende konsequenter vollständig ab (69,8 %). Immerhin 22,0 % überprüften aber noch täglich den betrieblichen Nachrichteneingang. Übrigens: Auf den privaten E-Mail-Konten wurde von den Befragten am Wochenende viel häufiger als auf den dienstlichen nachgesehen.

51,0 % der Befragten überprüften kurz vor dem Schlafengehen nie, ob sie berufliche Mitteilungen empfangen hatten. Doch jeder Fünfte (21,6 %) schaute immer wieder nach, ob dienstliche Informationen eingegangen waren; 5,2 % der Teilnehmer an der Studie gaben sogar an, dies täglich zu tun. Von den Führungskräften schauten 30,0 % regelmäßig nach. Hinsichtlich privater Nachrichten sagten 17,5 %, dass sie täglich direkt vor dem Einschlafen ihren Maileingang kontrollierten, 17,0 % taten dies häufig.

Auch kurz nach dem Aufwachen warfen etliche Befragte einen Blick in ihre betrieblichen Mailkonten. 4,7 % der Mitarbeiter ohne Führungsverantwortung schauten immer nach, 6,2 % machten dies noch häufig, 64,5 % jedoch nie. Etwas anders die Manager: 9,0 % prüften immer direkt nach dem Aufwachen ihren Posteingang, 12,0 % häufig. Den Eingang privater Nachrichten überprüften direkt morgens 18,1 % der untersuchten Gesamtstichprobe. Häufig war dies bei 14,9 % der Fall. Insgesamt zeigt sich, dass die neuen technologischen Möglichkeiten bei vielen Menschen zu einem Wandel des Kommunikations- und Arbeitsverhaltens geführt haben. Die Grenzen von Berufs- und Privatleben haben sich parallel dazu verschoben.

84,5 % der Befragten nutzten einen Abwesenheitsmelder, wenn sie beruflich per E-Mail nicht zu erreichen waren. Die meisten (48,5 %) aktivierten diesen, wenn sie einen Tag nicht anwesend waren. 26,3 % taten dies gewöhnlich erst bei einer zweitägigen Abwesenheit.

Berufliche E-Mails, die persönlich an sie adressiert waren, versuchten die meisten Befragten (47,4 %) am selben Tag zu beantworten. 16,7 % strebten sogar eine sofor-

tige Antwort an, 19,6 % innerhalb der nächsten beiden Stunden. 14,7 % begnügten sich dagegen mit dem Ziel, binnen drei Tagen zu reagieren. Bis zu eine Woche nahmen sich ganz wenige Personen (1,6 %) Zeit. Deutlich wird, dass mit den E-Mails die schriftliche Kommunikation deutlich beschleunigt worden ist.

Dieser Wandel wird durch die Ergebnisse in Bezug auf die entsprechenden Erwartungshaltungen bestätigt. Zwar erwarteten nur 1,3 % der Befragten eine sofortige Antwort und 8,1 % binnen zwei Stunden, doch 43,4 % noch am selben Tag. 44,0 % rechneten mit einer Reaktion in den nächsten drei Tagen. Und wie wurde die Unternehmenskultur in dieser Hinsicht eingeschätzt? 2,8 % gaben an, dass in ihrer Organisation von einer sofortigen Rückmeldung ausgegangen wurde. 12,2 % nannten zwei Stunden als die im Betrieb vorhandene Erwartung, 49,2 % eine Antwort am selben Tag. Interessant ist, dass die betrieblichen Erwartungen im Durchschnitt etwas anspruchsvoller eingeschätzt wurden als die persönlichen.

Überraschend ist die Tatsache, dass das von den Befragten angestrebte Antwortverhalten noch anspruchsvoller war als die betrieblichen Anforderungen, sie somit sogar versuchten, den übergeordneten Erwartungen mehr als gerecht zu werden. Diese Feststellung könnte einerseits dafür sprechen, dass die oft ungeschriebenen Gesetze der in der jeweiligen Organisation verankerten E-Mail-Kultur vollständig verinnerlicht worden waren, andererseits wirft dies aber auch die Frage auf, inwieweit es sich vielleicht um einen von den Beschäftigten selbst gemachten Stress handeln könnte, der auf deren Sorge zurückgeführt werden kann, etwaigen Erwartungen nicht zu entsprechen, und dem seitens der Unternehmen entgegengewirkt werden sollte, um eine Überbelastung zu vermeiden.

Beim Versand von E-Mails machten 56,0 % der Befragten häufig von der Möglichkeit Gebrauch, eine Kopie zu versenden. 1,6 % taten dies sogar immer. Während 21,8 % nie und 36,2 % sehr selten sogenannte Blindkopien verschickten, machten dies 14,2 % immer wieder und 7,4 % häufig oder immer. Eingangsbestätigungen wurden von drei Viertel (76,0 %) der Untersuchten nie oder nur sehr selten angefordert.

Einen genaueren Einblick in das Verhalten bei der Kommunikation mit E-Mails erlaubt die von den Befragten vorgenommene Einschätzung einiger Aussagen in Tabelle 11.3.

Tab. 11.3: Selbsteinschätzungen zum Absenderverhalten (N = 449)

	trifft überhaupt nicht zu	trifft nicht zu	trifft eher nicht zu	trifft eher zu	trifft zu	trifft voll und ganz zu
Ich überlege vor dem Versand jeder E-Mail, ob dies der am besten geeignete Kommunikationsweg ist.	3,1 %	9,8 %	16,1 %	25,7 %	33,7 %	11,6 %
Ich sende die E-Mail grundsätzlich an alle, für die diese von Interesse sein könnte.	7,0 %	18,7 %	26,1 %	27,0 %	17,3 %	3,8 %
Ich überlege vor dem Versand jeder E-Mail genau, welche Empfänger relevant sind.	0,2 %	1,1 %	2,7 %	15,4 %	50,0 %	30,6 %
Ich achte darauf, die Anhänge in einem Format zu versenden, das alle Empfänger problemlos öffnen können.	2,2 %	3,6 %	4,9 %	14,7 %	43,3 %	31,3 %
Ich achte darauf, dass die Nachricht (z. B. in der Signatur) meine vollständigen Kontaktdaten enthält.	0,4 %	2,7 %	4,3 %	12,8 %	31,5 %	48,3 %
Ich achte darauf, in einer Nachricht die Anzahl der behandelten Themen auf ein oder zwei zu begrenzen.	2,9 %	4,9 %	14,1 %	27,3 %	35,1 %	15,7 %
Wenn ich abends eine berufliche Nachricht weitergeben muss, dann ziehe ich den Versand einer E-Mail einem Telefonanruf vor.	3,5 %	4,7 %	7,5 %	17,2 %	38,2 %	28,9 %
Wenn ich am Wochenende eine berufliche Nachricht weitergeben muss, dann ziehe ich den Versand einer E-Mail einem Telefonanruf vor.	5,4 %	3,1 %	5,9 %	14,9 %	36,8 %	34,0 %
In dringenden beruflichen Fällen ziehe ich einen Telefonanruf dem Versand einer E-Mail vor.	1,6 %	1,6 %	6,5 %	14,2 %	37,4 %	38,7 %
Wenn ich eine berufliche Nachricht außerhalb der üblichen Arbeitszeiten versende, dann achte ich auf den Zeitpunkt, an dem der/die Empfänger diese Nachricht erhält/erhalten.	19,4 %	20,3 %	22,6 %	15,7 %	15,2 %	6,7 %

Die Aussagen der Befragten hinsichtlich ihres eigenen Verhaltens lassen erkennen, dass der Umgang mit dem Medium E-Mail nicht immer professionell war. So beurteilten 29,0 % der Befragten die Aussage „Ich überlege vor dem Versand jeder E-Mail, ob dies der am besten geeignete Kommunikationsweg ist" für ihr Verhalten als nicht zutreffend oder eher nicht zutreffend. Das bedeutet, dass E-Mails teilweise

unreflektiert als Kommunikationsform ausgewählt worden sind. 80,6 % überlegten vor dem Versand aller ihrer E-Mails, welcher Empfängerkreis genau der richtige war. Im Umkehrschluss bedeutet das: 19,4 % taten dies nicht immer – sie nahmen folglich in Kauf, dass auch Personen Informationen erhielten, für die diese weniger relevant waren. Immerhin 10,7 % achteten eher nicht oder nicht darauf, Mailanhänge in einem von den Empfängern leicht zu öffnenden Format zu versenden – auch dies kann zu Kommunikationsproblemen führen. Der oft zu vernehmende Hinweis, in einer Mail nicht zu viele Themen zu behandeln, wurde von vielen befolgt, bei Weitem aber nicht von allen: 21,9 % der Befragten gaben an, dass diese Aussage auf ihr Verhalten nicht zutraf oder eher nicht zutraf.

E-Mails wurden von den meisten Befragten generell einem Anruf vorgezogen, wenn abends (84,4 %) oder am Wochenende (85,6 %) berufliche Informationen weiterzugeben waren. In dringenden beruflichen Fällen bevorzugten allerdings 90,3 % einen Telefonanruf. Sehr interessant ist, dass die Untersuchungsteilnehmer beim Versand von Mitteilungen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten wenig darauf achteten, wann diese beim Empfänger eingehen konnten. 62,3 % machten sich dazu keine oder nur wenig Gedanken. Für sie spielte es offensichtlich keine Rolle, ob sie jemanden mit ihrer Mitteilung in der Freizeit stören konnten.

Veränderungen des Kommunikationsstils

77,4 % der Teilnehmer an der Studie waren der Auffassung, dass sich durch die Verbreitung der neuen Medien der Umgangston in den schriftlich ausgetauschten beruflichen Mitteilungen im Vergleich zu früher verändert hat. Sie stuften die Veränderungen des Kommunikationsstils mithilfe einer siebenstufigen Skala von viel weniger (–3) bis viel mehr (+3) hinsichtlich der Dimensionen freundlich, direkt und persönlich ein. Die Ergebnisse lauten: Die Kommunikation war demnach geringfügig weniger freundlich (–0,44), etwas direkter (+1,03) und nahezu unverändert persönlich (–0,11).

Die Aussagen der Befragten zu ihren Erfahrungen mit eingehenden beruflichen E-Mails (vgl. Tab. 11.4) lassen erkennen, dass diese nicht immer richtig eingesetzt wurden. Teilweise hätte es scheinbar bessere Wege zur Kommunikation gegeben, teilweise war der Empfängerkreis nicht richtig gewählt.

Tab. 11.4: Erfahrungen mit eingehenden beruflichen E-Mails (N = 449)

	trifft nicht zu	trifft selten zu	trifft häufig zu	trifft meistens zu	trifft immer zu
Die E-Mail ist der am besten geeignete Kommunikationsweg.	2,9 %	7,8 %	56,6 %	30,4 %	2,2 %
Die E-Mails werden an den richtigen Empfängerkreis versandt.	0,9 %	17,1 %	48,9 %	30,6 %	2,5 %
Die Funktionen Kopie und Blindkopie werden zurückhaltend genutzt.	10,2 %	38,4 %	27,1 %	20,8 %	3,6 %
Ich erhalte in Kopie E-Mails, die für meine Arbeit wenig relevant sind.	5,4 %	46,2 %	33,1 %	13,1 %	2,3 %
Der Versand von Kopien von E-Mails dient dem Absender dazu, sich abzusichern.	4,1 %	12,2 %	36,2 %	38,9 %	8,6 %
Die Anhänge werden in einem Format versandt, das problemlos zu öffnen ist.	0,2 %	2,2 %	27,6 %	58,3 %	11,7 %
Die Absender bitten um eine Eingangsbestätigung.	13,5 %	67,5 %	14,8 %	4,0 %	0,2 %
Die Nachrichten enthalten die vollständigen Kontaktdaten der Absender.	0,7 %	10,3 %	34,2 %	47,4 %	7,4 %
Die E-Mails haben eine präzise Betreffzeile.	0,9 %	20,0 %	43,9 %	32,5 %	2,7 %
In den E-Mails werden ein oder zwei Themen behandelt.	0,5 %	14,0 %	49,3 %	34,5 %	1,8 %
Die E-Mails enthalten sprachliche Fehler.	0,9 %	36,8 %	39,2 %	20,4 %	2,7 %
Die Inhalte der E-Mails sind missverständlich.	1,6 %	64,9 %	25,4 %	7,9 %	0,2 %
Ein Telefonat mit den Absendern einer E-Mail ermöglicht häufig, schneller eine zufriedenstellende Lösung zu erzielen.	0,4 %	18,4 %	44,3 %	31,9 %	4,9 %
Eine Besprechung mit allen von einer bestimmten E-Mail Betroffenen ermöglicht häufig, schneller eine zufriedenstellende Lösung zu erzielen.	0,7 %	24,1 %	46,7 %	23,0 %	5,5 %

Die Aussage, wonach die Funktionen Kopie und Blindkopie bei Mitteilungen zurückhaltend genutzt wurden, traf für 48,5 % nicht oder nur selten zu. 48,4 % hatten oft Kopien von E-Mails erhalten, die für ihre Arbeit nicht relevant waren. 83,7 % der Befragten meinten, dass sie häufig, meistens oder sogar immer berufliche E-Mails bekamen, die den Absendern zu ihrer Absicherung dienten. Die Aussage, dass die Betreffzeilen der Nachrichten präzise sind, bezeichneten 35,2 % als meistens oder im-

mer zutreffend. Die entgegengesetzte Auffassung, dass dies selten oder nie der Fall war, vertraten immerhin 20,9 %. Sprachliche Mängel schienen wohl in E-Mails üblich zu sein. 39,2 % meinten, dass E-Mails häufig sprachliche Mängel beinhalteten; 23,1 % kreuzten sogar „trifft meistens zu" oder „trifft immer zu" an. Missverständliche Inhalte hatten 33,6 % der Befragten häufig festgestellt.

Auffällig ist, dass 81,1 % mit Blick auf ihre eingehenden E-Mails die Aussage als häufig, meistens oder immer zutreffend bezeichneten, nach der ein Telefonat mit den Absendern einer E-Mail oft ermöglicht, schneller eine zufriedenstellende Lösung zu erzielen. Eine andere Alternative zum Austausch per E-Mail wurde dagegen nicht so einheitlich eingeschätzt. Besprechungen mit allen Betroffenen würden für 28,5 % der Befragten meistens oder immer schneller zu einer befriedigenden Lösung führen. Für 24,8 % der Antwortenden war das nicht oder nur selten zutreffend.

Zunahme der Störungen und Belastung

Die Frage, ob sich die Anzahl der beruflichen Störungen außerhalb ihrer üblichen Arbeitszeiten im Vergleich zu früher verändert hatte, als die neuen Medien noch weniger verbreitet waren, bejahten 67,0 % der Führungskräfte und 54,4 % der anderen Mitarbeiter. Für 52,3 % der Untersuchungsteilnehmer hatten die Störungen etwas zugenommen, 36,8 % registrierten sogar eine starke Zunahme. Einen Rückgang stellten nur 7,1 % fest.

76,4 % aller Befragten bejahten, dass sich mit der zunehmenden Verbreitung der neuen Medien die Arbeitsbelastung verändert hat, die sich durch die berufliche Kommunikation ergibt. Während 39,3 % dieser Personen eine starke Zunahme festgestellt hatten, fanden 53,5 %, dass die Belastung zumindest etwas angestiegen war. Auch hier hatten die Führungskräfte größere Veränderungen wahrgenommen: 45,9 % empfanden eine starke Zunahme.

Diese Ergebnisse können als eine Bestätigung dafür angesehen werden, dass die mit den neuen Medien verbundenen vereinfachten Kommunikationsmöglichkeiten weniger zu einer Arbeitserleichterung als vielmehr zu einer stärkeren Belastung der Beschäftigten geführt haben.

Regeln zum Umgang mit den neuen Medien

51,5 % der Befragten waren in Organisationen tätig, in denen es bereits Regeln zum Umgang mit den neuen Medien gab. Diese Regeln waren in 15,7 % der Fälle vollstän-

dig in einem schriftlichen Dokument erfasst. Von vielen Arbeitgebern wurden sie weitgehend (41,1 %) oder zumindest teilweise (30,6 %) schriftlich fixiert. Es stellt sich die Frage, wie diese Regeln gelebt wurden? Wenige kreuzten hier „überhaupt nicht“ (1,8 %), „ansatzweise“ (13,5 %), aber auch „vollständig“ (3,5 %) an, viele jedoch „teilweise“ (32,3 %) oder „weitgehend“ (48,9 %). Diese Erkenntnisse zeigen, dass zwar vielerorts bereits angestrebt wurde, die Nutzung der neuen Kommunikationsformen in bestimmte Bahnen zu lenken, dies aber noch kein Garant dafür war, dass Regeln vollständig eingehalten wurden.

Wirkte sich die Existenz betrieblicher Spielregeln auf die Anzahl der Störungen oder die von den Mitarbeitern wahrgenommene Arbeitsbelastung aus? Mit Blick auf die Untersuchungsergebnisse (vgl. Tab. 11.5) lässt sich klar sagen: nein! Die in den Organisationen festgestellten Veränderungen unterschieden sich nicht abhängig von der Tatsache, ob diese über Regeln zum Umgang mit den neuen Medien verfügten oder nicht.

Tab. 11.5: Betriebliche Spielregeln zum Umgang mit neuen Medien und die Anzahl der beruflich bedingten Freizeitunterbrechungen oder die empfundene Arbeitsbelastung

	Freizeitunterbrechungen			**Empfundene Arbeitsbelastung**		
	in etwa gleich geblieben	zugenommen	stark zugenommen	in etwa gleich geblieben	zugenommen	stark zugenommen
Organisation mit Spielregeln (51,5 %)	3,1 %	52,0 %	37,0 %	5,2 %	53,5 %	38,4 %
Organisation ohne Spielregeln (48,5 %)	4,3 %	52,5 %	36,7 %	5,0 %	53,5 %	40,3 %

Konsequenzen für die Zusammenarbeit

Drei Forschungshypothesen, die im Vorfeld der Befragung herausgearbeitet worden waren, konnten mit der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden:

- Die Präsenz am betrieblichen Arbeitsplatz hat infolge der verstärkten Kommunikation mit E-Mails, SMS usw. abgenommen.
- Die verstärkte Kommunikation mit E-Mails, SMS usw. führt zu einer Abnahme des Zusammenhalts im Unternehmen.

- Die verstärkte Kommunikation mit E-Mails, SMS usw. führt zu einer Verschlechterung des Betriebsklimas.

Weder der Aussage, wonach die Präsenz am betrieblichen Arbeitsplatz infolge der verstärkten Kommunikation mit neuen Medien abgenommen hatte, noch den Aussagen, dass die Zunahme dieser Kommunikation zu einer Verschlechterung des betrieblichen Zusammenhalts oder des Betriebsklimas geführt hatte, stimmten die Befragten mehrheitlich zu. Am häufigsten (29,6 %) waren Personen noch der Auffassung, dass aus der Nutzung der neuen Medien eine Abnahme des Zusammenhalts in den Unternehmen resultierte.

Eine Problematik, die durch die vorliegenden Ergebnisse deutlich wird, soll hier genauer betrachtet werden: Es hat sich gezeigt, dass die Beschäftigten anstrebten, ihre betrieblichen E-Mails zeitnah abzurufen und so schnell wie möglich zu beantworten. Drei von vier Personen kontrollierten ihren Posteingang stündlich, waren quasi in einer Dauerbereitschaft – auch am Wochenende schalteten viele offensichtlich nicht wirklich ab. 36,3 % der Befragten nahmen sich vor, spätestens innerhalb von zwei Stunden auf schriftliche Mitteilungen zu antworten, die meisten anderen taggleich. Der von den Beschäftigten selbst erzeugte Druck war damit noch ausgeprägter als die Erwartungshaltungen seitens der Arbeitgeber. Berücksichtigt man die Feststellung, dass fast jeder Dritte vor dem Versand einer Nachricht nicht darüber nachdachte, wann diese den Empfänger erreichen würde, so vermag der empirische Befund kaum zu überraschen, dass der Großteil der Befragten über eine erhebliche Zunahme der beruflich bedingten Störungen in der Freizeit und auch über eine gewachsene Arbeitsbelastung berichteten.

Fakt ist, dass das Zusammentreffen der beiden Kulturen der seitens der Betriebe erwarteten ununterbrochenen Empfangsbereitschaft und des unreflektierten Versendens von Mitteilungen einen gesundheitsgefährdenden Mix darstellen – es ist nicht auszuschließen, dass damit auch ein Teil des rapiden Anstiegs der psychischen Erkrankungen in Deutschland und zahlreiche Burnout-Fälle bei Führungskräften erklärt werden können.

Die verschiedenen Ergebnisse dieser Studie zeigen einen Aspekt ganz deutlich: In vielen Fällen wird noch nicht kompetent mit den neuen technologischen Kommunikationsoptionen umgegangen. Dies spricht dafür zu überlegen, wie Medien zukünf-

tig geschickter eingesetzt werden können, um zwar deren Vorteile zu nutzen, deren negative Begleiterscheinungen aber gering halten zu können.

11.4 Ansätze zur Regulierung des Einsatzes neuer Medien

Regeln zum Umgang mit den neuen Informations- und Kommunikationstechnologien lassen sich auf verschiedenen Ebenen festlegen oder vereinbaren. Neben allgemein gültigen, gesetzlichen Regelungen sind auch Vereinbarungen unter den Tarifpartnern oder in den Betrieben zwischen den Arbeitgebern und den Arbeitnehmervertretungen denkbar. Nicht zuletzt ist es zudem möglich, dass sich die Mitarbeiter in Geschäftsbereichen, Abteilungen oder Teams darauf verständigen, wie sie sich miteinander austauschen wollen.

Nachfolgend wird zunächst auf Ansätze fokussiert, mit denen allgemeinverbindliche oder zumindest organisationsweite Regeln geschaffen worden sind oder zukünftig vielleicht noch etabliert werden sollen.

11.4.1 Regulierungsansätze in Deutschland

Lange Zeit konzentrierten sich die Bemühungen in Deutschland darauf, Regelungen zu finden, mit denen der Datenschutz im Zusammenhang mit der Nutzung neuer Informations- und Kommunikationstechnologien gewährleistet werden konnte (vgl. z. B. Bitkom, 2006; Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit, 2008). Die Interessen der Mitarbeiter standen nicht im Zentrum der Überlegungen.

Die Deutsche Telekom hat 2010 als erstes großes deutsches Unternehmen ihren Mitarbeitern eine „Sendepause“ verordnet (vgl. O. V., 2010). In der Richtlinie zum Umgang mit mobilen Arbeitsmitteln außerhalb der Arbeitszeit wurde geregelt, wer wann per Handy zu erreichen sein sollte. Auch wurde verankert, dass Mitarbeiter in ihrer Freizeit oder am Wochenende nicht auf E-Mails zu reagieren haben. Gleichzeitig wurde der Vorbildcharakter der Führungskräfte betont, da sie mit ihrem Handeln und der so deutlich werdenden Erwartungshaltung sehr stark das Verhalten der anderen Mitarbeiter beeinflussen. Die frühere Arbeitsdirektorin Schick wurde hierzu mit folgenden Worten zitiert: „Als klug Führende mache ich mir bewusst, was sie eventuell beim Empfänger auslöst. Daher überlege ich mir einmal mehr, ob ich diese Mail nicht auf den nächsten Arbeitstag verschiebe.“ (Bernau, 2013)

Volkswagen sorgte 2011 für Aufsehen, als am Standort Wolfsburg eine Betriebsvereinbarung geschlossen wurde (vgl. Volkswagen, 2011). Um die Nutzung betrieblicher Smartphones zu ermöglichen, wurde für die Tarifangestellten geregelt, dass der relevante Server dreißig Minuten nach Ende der regulären Arbeitszeit abgeschaltet und erst wieder eine halbe Stunde vor Beginn des nächsten Arbeitstages gestartet wird. Dieses Verfahren wurde mittlerweile auch an anderen Standorten von Volkswagen eingeführt. Wochentags zwischen 18:15 Uhr und 7:00 Uhr sowie an Wochenenden und Feiertagen empfangen die tariflichen Angestellten auf ihren dienstlichen Handys keine E-Mails mehr.

Als weiteres DAX-Unternehmen ging Daimler (2012) an die Öffentlichkeit. Mitarbeiter haben dort im Rahmen der Initiative Life Balance seit Beginn 2013 die Möglichkeit, während ihres Urlaubs die eingehenden E-Mails löschen zu lassen. Der Absender erhält eine Abwesenheitsnotiz mit einem entsprechenden Hinweis, zudem wird ihm der zuständige Vertreter mitgeteilt. So soll sichergestellt werden, dass die Daimler-Beschäftigten im Urlaub vollständig abschalten können.

Auch beim Unternehmen Bosch hat man auf die Auswirkungen der neuen Informations- und Kommunikationsmöglichkeiten reagiert. Seit Anfang 2013 gibt es eine Betriebsvereinbarung mit Regeln zum mobilen Arbeiten. In diese sind auch die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung mit rund 1.500 Teilnehmern aus dem Bosch-Entwicklungszentrum mit eingeflossen. Eine Erkenntnis, die den Betriebsrat laut dem Gesamtbetriebsratsvorsitzenden Löckle dazu bewegt hat, den Voraussetzungen für eine weitere Flexibilisierung der Arbeit zuzustimmen, war, dass „sich nur ein ganz geringer Teil der Beschäftigten von E-Mails nach Feierabend gestresst fühlt“ (IG Metall, 2014).

2014 sorgte schließlich BMW für Schlagzeilen (vgl. O. V., 2014), als Arbeitnehmervertreter über eine neue Betriebsvereinbarung berichteten, die unter dem Motto „Flexibel arbeiten – bewusst abschalten“ abgeschlossen wurde. In ihr ist nicht nur geregelt worden, dass die BMW-Mitarbeiter „Mobilarbeit“, die sie nicht an ihrem betrieblichen Arbeitsplatz verrichten, sei es online oder offline, auf ihren Arbeitszeitkonten registrieren können, sondern auch ein Recht auf Unerreichbarkeit haben.

Etliche andere deutsche Unternehmen haben inzwischen ebenfalls „Farbe bekannt“. So haben die Worte des früheren SAP-Chefs Hagemann Snabe „Man muss das Handy auch ausmachen können. Sollte sich ein Mitarbeiter dafür entscheiden, muss das Unternehmen alle Unterstützung geben“ (Hartmann/Tauber, 2012) auf-

horchen lassen. Und auch der Chef des Henkel-Konzerns Rorsted hat sich klar geäußert: „Ich selbst lese samstags grundsätzlich keine E-Mails." (Bernau, 2013)

Auf der Suche nach Erklärungen für die wachsenden Zahlen psychisch bedingter Erkrankungen haben sich u. a. die ehemalige Bundesarbeitsministerin von der Leyen (vgl. Borstel/Evert, 2012) und die IG Metall (2012) mit dem Vorstoß für eine Anti-Stress-Verordnung zu Wort gemeldet. Als eine potenzielle Ursache wurden – neben der schon traditionell kritisierten allgemeinen Leistungsverdichtung – schnell die neuen Medien ausgemacht. Lösungsansätze im Hinblick auf eine Burnout-Prophylaxe sind seitdem verstärkt und sehr kontrovers diskutiert worden. Auch im Koalitionsvertrag 2013 hat sich dies niedergeschlagen. Initiativen z. B. im Hinblick auf die Work-Life-Balance und Regelungen zur Nichterreichbarkeit sind dort thematisiert worden, allerdings zeichneten sich Mitte 2015 noch keine konkreten Maßnahmen ab, auch wenn verschiedene politische Verantwortliche schon inhaltlich Stellung bezogen haben.

Auch die Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2015) hat sich hier mit ihrem Positionspapier zum Thema geäußert: Sie sieht zwar das Erfordernis flexibler Arbeitsbedingungen, aber keinerlei Notwendigkeit von Regulierungen, auch wenn Zeit und Ort der Aufgabenerfüllung zunehmend flexibel werden. Bezogen auf die neuen Kommunikationstechnologien stellt sie klar: „Wichtig ist, dass die Flexibilität, die die Digitalisierung durch neue Arbeitsabläufe und neue Kommunikationsinstrumente mit sich bringt, nicht durch Regulierung behindert wird." (Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände, 2015, S. 2) Es ist wenig überraschend, dass dies die Gewerkschaftsseite ganz anders sieht. Benner von der IG Metall erklärte unmissverständlich: „Das Recht auf Abschalten muss gesetzlich verankert werden." (Vollstädt, 2015) Man darf gespannt sein, wohin der politische Meinungsbildungsprozess führen wird.

11.4.2 Exemplarische internationale Regulierungsansätze

Besondere Aufmerksamkeit hat 2011 die Ankündigung von Thierry Breton, dem CEO der international tätigen Atos-Gruppe, erregt, ab Ende 2013 in dem von ihm geführten Unternehmen auf E-Mails verzichten zu wollen – zumindest bei der betriebsinternen Kommunikation. Ein Grund für das teilweise als „Wahnsinnsidee" (Buttlar/Tiesenhausen, 2014) bezeichnete Vorhaben war: Nur 15 % der E-Mails wür-

den wichtige, nützliche Informationen enthalten (vgl. Buttlar/Tiesenhausen, 2014). Drei Viertel der Atos-Mitarbeiter beschäftigten sich mehr als 25 % ihrer Arbeitszeit mit der E-Mail-Korrespondenz (vgl. Silic et al., 2015). Atos entwickelte alternative Kommunikationslösungen, u. a. ein ebenfalls IT-gestütztes Enterprise Social Network namens blueKiwi, um die festgestellten Defizite zukünftig zu vermeiden. Der eher zurückhaltenden Berichterstattung zu diesem Vorhaben ist zu entnehmen, dass es Atos zwar nicht gelungen ist, das hoch gesteckte Ziel „zero e-mail company" zu erreichen. Doch konnte wohl die Zahl der E-Mails erheblich reduziert – für 2013 hat Breton einen Rückgang um 60 % berichtet – und durch andere Formen der Kommunikation und Kooperation substituiert werden, die zu einer deutlichen Effizienzsteigerung der Arbeitsprozesse beigetragen haben, wenn man den veröffentlichten Aussagen Glauben schenkt (vgl. Silic et al., 2015). Eines der zentralen Merkmale der neuen Kommunikationskultur von Atos ist es, dass die Arbeitnehmer in Communitys zusammenarbeiten und Informationen nicht mehr versandt, sondern stattdessen von den Mitarbeitern, die mehr Eigeninitiative zeigen müssen, aktiv abgerufen werden (vgl. Gemke, 2014).

In Frankreich ist das ORSE (vgl. Kap. 11.3.1) eine der treibenden Kräfte, um den Umgang mit den neuen Kommunikationsinstrumenten zu thematisieren und vor allem zu verbessern. Nach diversen Vorstudien wurde 2011 eine erste Charta zur guten Nutzung von E-Mails veröffentlicht (vgl. ORSE, 2011), um einerseits Leitsätze zu kommunizieren und andererseits konkrete Handlungsempfehlungen auszusprechen. So wurde z. B. geraten, bei Themen, die eine häufige Interaktion erfordern oder bei denen Missverständnisse auftreten können, den direkten Austausch per Telefon oder im persönlichen Gespräch zu bevorzugen. Eine E-Mail sollte prägnant geschrieben werden und nur eine Thematik behandeln; so soll vermieden werden, dass Empfänger Nachrichten erhalten, von denen sie nur teilweise betroffen sind. Die Anhänge sollten nicht zu zahlreich und voluminös sein, zudem sollte der Sender sicherstellen, dass der Empfänger diese ohne Schwierigkeiten öffnen kann. Bezogen auf den Nachrichtenempfang wurde angeregt, nicht systematisch den Maileingang zu bestätigen, sondern dies nur bei wichtigen oder dringenden Themen zu tun. Bei Abwesenheiten von bis zu zwei Tagen vom Arbeitsplatz wurde davon abgeraten, Abwesenheitsmeldungen zu versenden, da damit indirekt die Verpflichtung verbunden ist, ganz kurzfristig auf Nachrichten zu antworten.

Vor dem Hintergrund des fortschreitenden technologischen Wandels hat ORSE inzwischen seinen Guide – übersetzt könnte man von einem Leitfaden oder auch Ratgeber sprechen – grundlegend überarbeitet und umfassend ergänzt (vgl. ORSE, 2015). Die unabhängige Organisation hat, ausgehend von einem intensiven Erfahrungsaustausch aller Interessengruppen, die unterschiedlichen Lösungsansätze zum Umgang mit den neuen Medien aufgegriffen, zur Diskussion gestellt und letztlich zusammengeführt. So wurden insbesondere die gewerkschaftlichen Positionen berücksichtigt. Im Endergebnis konnten zahlreiche Beispiele für einen kompetenten Umgang mit den modernen Kommunikationsinstrumenten zusammengetragen, integriert und einem breiteren Publikum in Form von Handlungsempfehlungen wieder zugänglich gemacht werden. Exemplarisch sind in Tabelle 11.6 einige Regelungen französischer Organisationen wiedergegeben, die von ORSE (2015) berichtet worden sind.

Tab. 11.6: Regeln zum kompetenten Umgang mit neuen Kommunikationsinstrumenten in ausgewählten französischen Unternehmen (vgl. ORSE, 2015)

Unternehmen	Regelungen zum Umgang mit E-Mails
Aéroports de Paris	Kein E-Mail-Versand außerhalb der üblichen Arbeitszeiten, auf alle Fälle nicht am Abend oder Wochenende, es sei denn, es liegen besondere Umstände vor.
Areva	Der Mitarbeiter besitzt ein Recht auf Abschalten. Die Vorgesetzten stellen durch vorbildhaftes Verhalten sicher, dass dieses Recht respektiert wird.
Direction Générale du Trésor (Ministère des Finances)	▪ Die internen E-Mails müssen eine klare Betreffzeile enthalten (z. B. „zur Entscheidung“, „zur Information“, „zum Handeln“, „zur Erinnerung“). ▪ Außerhalb der Arbeitszeiten und auf alle Fälle nach 20:00 Uhr unter der Woche, am Wochenende und während des Urlaubs des Empfängers kann nicht davon ausgegangen werden, dass E-Mails gelesen werden. ▪ E-Mails müssen ein klares Ziel verfolgen und sparsam genutzt werden. In diesem Sinne: – müssen systematisch alternative Kommunikationsmöglichkeiten (z. B. interne Telefonate, Besuch im Büro der betreffenden Person) in Erwägung gezogen werden, bevor ein E-Mail versandt wird; – sollten kollektive E-Mails unterbleiben, die darauf abzielen ein Diskussionsforum zu bilden und keine Entscheidung herbeizuführen. ▪ Eine E-Mail muss prägnant geschrieben sein (max. 300 Zeichen), damit sie – auch unterwegs – leicht zur Kenntnis genommen und bei Bedarf auf einem Blatt Papier ausgedruckt werden kann.

Unternehmen	Regelungen zum Umgang mit E-Mails
Renault	Mit Blick auf den Feierabend und das Wochenende werden die Mitarbeiter ▪ erinnert, den Versand von E-Mails oder Anrufen in diesem Zeitraum zu beschränken; ▪ erinnert, dass die Beschäftigten nicht verpflichtet sind, in diesem Zeitraum auf E-Mails zu antworten; ▪ aufgefordert, ihre Nachrichten in dieser Zeit zeitverzögert zu versenden.
Thales	Der Mitarbeiter hat ein Recht darauf und die Möglichkeit, außerhalb der Öffnungszeiten der Organisationseinheit, in der er gewöhnlich tätig ist, oder – falls dies nicht zutrifft – zumindest während der Dauer der gesetzlich festgelegten täglichen Ruhezeiten, die ihm vom Betrieb zur Verfügung gestellten Geräte abzuschalten. Das Management wird darüber wachen, dass dieses Recht eingehalten wird und verpflichtet sich, während der täglichen Ruhezeiten keine E-Mails zu versenden.

Die Entwicklung in Frankreich macht nicht Halt. Im September 2015 hat Bruno Mettling, der Personaldirektor des führenden französischen Telekommunikationsanbieters Orange, ein viel beachtetes Gutachten zu den Auswirkungen der Digitalisierung auf das Arbeitsleben vorgelegt (vgl. Mettling, 2015), das von der Arbeitsministerin in Auftrag gegeben worden war und in das die Ergebnisse einer Expertenkommission eingeflossen sind. Es mündet in 36 Empfehlungen, darunter auch die, im Hinblick auf den Umgang mit den digitalen Medien das bestehende „Recht auf Abschaltung“ durch eine „Pflicht zum Abschalten“ zu ergänzen. Diese Initiative soll von betrieblichen Sensibilisierungs- und Schulungsmaßnahmen begleitet werden, die u. a. dem Einzelnen ermöglichen, eine individuelle Kompetenz zu entwickeln, um selbst am besten abschalten zu können. Es wird weiter empfohlen, auf betrieblicher Ebene konkrete Lösungen und Handlungsanweisungen zum Umgang mit den digitalen Instrumenten zu erarbeiten. Dabei sollen die Nutzer systematisch eingebunden werden. Zudem sollten Vorhaben angestoßen werden, um zukünftig die Belastungen besser einschätzen zu können, die mit den neuen Arbeitsformen verbunden sind, da dies in vielen Berufen mithilfe der erfassten Arbeitszeiten nicht möglich ist. Das zentrale Anliegen aller Vorschläge ist es, die Balance von Arbeits- und Privatleben zu sichern. Es bleibt abzuwarten, inwieweit diese Aspekte in der angekündigten Novellierung des französischen Arbeitsrechts berücksichtigt werden.

11.4.3 Sinnhaftigkeit einer Regulierung

Es stellt sich die Frage, ob allgemein verbindliche oder organisationsweite Regeln für den Umgang mit neuen Medien Sinn machen? Die aktuell von verschiedenen Seiten – gerade in Deutschland (vgl. Kap. 11.4.1) – angestellten Überlegungen und die verschiedenen berichteten Regulierungsansätze könnten diesen Eindruck erwecken. Allerdings gibt es immer wieder Stimmen, die von solchen Regeln abraten (vgl. z. B. Tiedge, 2014). Während die einen dies damit begründen, dass es in Zeiten von weltweiter Vernetzung und grenzüberschreitender Zusammenarbeit auf allen Ebenen nicht sein kann, dass Mitarbeiter einfach „abgeschaltet" werden und damit nicht mehr handlungsfähig sind, fordern die anderen in Zeiten der kontinuierlichen Datenüberflutung eine zumindest teilweise Abkehr vom Austausch per E-Mail; sie empfehlen einen Wandel hin zu einer neuen Kultur der Kommunikation und des intensiveren Austauschs in sozialen Netzwerken sowie im persönlichen Kontakt, um Organisationen leistungsfähiger zu machen (vgl. z. B. Bradley/McDonald, 2011; Chui et al., 2012; Morgan, 2012).

Vor diesem Hintergrund erscheint es nur bedingt Erfolg versprechend, zum jetzigen Zeitpunkt eine stärkere Reglementierung der Mediennutzung vorzunehmen, ohne genauer die verschiedenen Aspekte zu betrachten, die das Nutzungsverhalten und dessen Konsequenzen beeinflussen. Für eine Zurückhaltung bei der Regulierung und vertiefende wissenschaftliche Recherchen sprechen auch die Ergebnisse der berichteten Untersuchung des Autors (vgl. Kap. 11.3.2 ff.). Die Befragten, die in Organisationen beschäftigt waren, die schon über Spielregeln zum Umgang mit den neuen Medien verfügten, berichteten genauso über eine Zunahme der beruflich bedingten Störungen in der Freizeit und der Arbeitsbelastung wie diejenigen, die solche betrieblichen Regelungen nicht hatten. Auch Erkenntnisse aus Frankreich, wo Regeln zur kompetenten Nutzung elektronischer Medien schon länger und weiter verbreitet existieren, lassen keinen zuverlässigen Rückschluss zu, dass mit einer Regulierung automatisch dauerhafte Verbesserungen für die Beschäftigten erreicht werden können.

Auch die Aussagen von Werner, Personalchef von Swisscom, dem größten Telekomanbieter in der Schweiz, sollten in diesem Zusammenhang zum Nachdenken anregen und vor einem vorschnellen Handeln bewahren. Kurz nach dem Suizid des Swisscom-CEOs Schloter, der im Vorfeld wiederholt die immer höheren Anforde-

rungen an Führungskräfte moniert hatte, wurden Stimmen laut, die einen verantwortungsvolleren Umgang mit neuen Medien forderten. Werner antwortete darauf wie folgt:

> „Beschleunigung lässt sich nicht mit Einzelmaßnahmen bekämpfen (…) Insofern sahen wir keinen Grund, nach dem Tod von Carsten Schloter zusätzliche Instrumente auf Personalebene zu installieren, die den Umgang mit Smartphones und E-Mails regeln." (Jäggi, 2013)

Auch diese Feststellung spricht dafür, den Umgang mit E-Mails nicht isoliert, sondern als Teil einer Informations- und Kommunikationskultur zu betrachten.

11.5 Konkrete Ansätze für einen kompetenten Umgang mit neuen Medien

Angesichts der Vielzahl und Vielfalt an Ansätzen, den Umgang mit den neuen Kommunikationstechnologien zu gestalten, stellt sich die Frage, wie bei der praktischen Umsetzung vorgegangen werden sollte. Gibt es den einen richtigen Weg? Nach Überzeugung des Autors gibt es ihn nicht. Vielmehr macht es Sinn, sich intensiv mit der Ausgangssituation in einer Organisation auseinanderzusetzen, um dann ein den tatsächlichen Erfordernissen gerecht werdendes Bündel von Maßnahmen und Spielregeln zu entwickeln und kulturprägend zu etablieren.

11.5.1 Gemeinsames Grundverständnis statt vorgegebener Regeln

Vorausgeschickt sei eine klare Aussage: Die vermeintlich besten Regeln helfen nicht, wenn sie nicht zu den relevanten Organisationen passen und bei den handelnden Personen keine Akzeptanz finden. Um beides im Zusammenhang mit dem Umgang mit neuen Medien auszuschließen, ist sicherzustellen, dass zum einen die in einer Organisation und ihren verschiedenen Einheiten verbreiteten Formen der Kommunikation genau analysiert werden. Neben dieser Informations- und Kommunikationskultur muss zum anderen ebenfalls beachtet werden, wie sich die verschiedenen Organisationsmitglieder auszutauschen pflegen und zukünftig austauschen wollen. Dabei kommt es nicht nur darauf an, wie sie untereinander kommunizieren, sondern auch, wie sie mit Personen in Kontakt stehen, die nicht ihrer Organisation angehören; das können z. B. Kunden, Lieferanten, Dienstleister oder Behörden sein, jedoch auch Freunde und Familienmitglieder.

Ziel sollte es sein, unter den Mitgliedern einer Organisation ein gemeinsames Grundverständnis zu erreichen, wie sie kommunizieren wollen. Die Dauererreichbarkeit darf dabei keine ernsthaft diskutierte Alternative darstellen. Wenn sich die Mitarbeiter grundsätzlich einig sind, wie sie sich zukünftig austauschen und wie sie dafür die neuen Medien nutzen wollen, werden schriftlich fixierte Regeln vielleicht gar nicht mehr benötigt. Fehlentwicklungen könnten dann miteinander im Rahmen eines Feedbackgesprächs unmittelbar thematisiert und geklärt werden. Am besten lässt sich eine solche gemeinsame Wunsch- und Sollkultur der Kommunikation entwickeln, indem die Betroffenen zu Beteiligten gemacht werden.

Die aktuell von verschiedenen Seiten in Deutschland angestellten Überlegungen, eine stärkere Reglementierung der Mediennutzung vorzunehmen, erscheinen vor diesem Hintergrund nur bedingt Erfolg versprechend, wie nicht nur die Ergebnisse der Untersuchung des Autors zeigten (vgl. Kap. 11.3.2 und 11.4.3). Auch Erkenntnisse aus Frankreich, wo Regeln zur Nutzung elektronischer Medien schon länger und weiter verbreitet existieren, lassen keinen zuverlässigen Rückschluss zu, dass allein mit einer Regulierung der Kommunikationstechnologien ganzheitlich betrachtet eine Verbesserung für die Beschäftigten erreicht werden kann.

Es spricht allerdings einiges dafür, die Betroffenen stärker für die Risiken der neuen Medien zu sensibilisieren. Sie sollten angeregt werden, innerhalb ihrer Organisationseinheiten die relevanten Themen offen anzusprechen und gemeinsam bedarfsgerechte Lösungen zu entwickeln, die sowohl den betrieblichen Bedürfnissen als auch und vor allem der Work-Life-Balance der Mitarbeiter gerecht werden. Wenn diese Kommunikationsspielregeln auch unter Berücksichtigung der Stärken und Schwächen der verschiedenen technologischen Möglichkeiten erarbeitet werden, finden diese vereinbarten Umgangsformen eine größere Akzeptanz. Damit steigen auch die Chancen, dass diese zielführend im Rahmen einer Kultur des medienbewussten Austauschs angewandt werden.

11.5.2 Individuelle Verhaltensgrundsätze

Was kann eine einzelne Person von sich aus tun, um kompetent oder zumindest kompetenter mit den neuen Medien umzugehen? Wie kann sie sich so verhalten, dass sie diese nutzbringend einsetzt, aber gleichzeitig die negativen Einflüsse auf die Effizienz ihrer Arbeit und ihre Gesundheit vermeiden kann? Als erstes sei hier ein

Blick auf einige Verhaltensgrundsätze geworfen, die Personen, die die neuen Medien nutzen, allgemein zu empfehlen sind. Danach folgen Hinweise, die auf die Perspektive des Empfängers oder Absenders fokussieren.

Der Datenaustausch sollte nicht kontinuierlich, sondern nur zu gewissen Zeiten oder in bestimmten Zeiträumen ermöglicht werden. Auf diese Weise kann ein Empfänger sicherstellen, nicht immer wieder beim Arbeiten oder in Ruhephasen gestört zu werden. Es ist deutlich effizienter, die eingehenden Nachrichten zu bestimmten, vorreservierten Zeiten geblockt zu bearbeiten, als sich dadurch immer wieder zwischendurch von Tätigkeiten ablenken zu lassen, die über einen längeren Zeitraum ein konzentriertes, ununterbrochenes Arbeiten erfordern (vgl. Montag, 2015). Wenn möglich, kann die jeweilige Person bei ihrem Zeitmanagement ihre täglichen Leistungskurven berücksichtigen und z. B. die weniger produktiven Phasen am frühen Nachmittag dazu nutzen, um kurze Nachrichten zu lesen und zu beantworten. Darüber hinaus wäre es denkbar, im Voraus zu planende Zeiträume, die sich nicht für konzeptionelle Tätigkeiten eignen (z. B. Zugfahrten, Wartezeiten zwischen zwei Terminen), effizient zu verwenden.

Dieser eingeschränkte Datenaustausch kann beispielsweise bei E-Mails sehr einfach gesteuert werden, indem vom Empfänger bei dem weitverbreiteten Outlook-System wenige Einstellungen vorgenommen werden. Auch Smartphones lassen sich entsprechend drosseln. Und was ist, wenn es dann mal wirklich brennt und jemand ganz dringend erreicht werden muss? Auch dafür gibt es eine – fast schon banale – Lösung: das Telefon. Die Hemmschwelle, jemanden anzurufen, ist zwar allgemein deutlich höher als die, eine E-Mail oder Kurznachricht zu senden, doch im Notfall stellt sich diese Frage nicht mehr. Dann erfolgt der Griff zum Telefon.

Der Empfänger von Nachrichten muss die Möglichkeit und den Mut haben, den Absendern von Informationen mitzuteilen, dass er zukünftig nicht mehr im Verteiler bestimmter Nachrichten sein will. Was bei unerwünschten Newslettern selbstverständlich ist, gilt auch bei E-Mails mit vielen Empfängern. Ähnliche Signale sollten die Absender von Kopien oder Blindkopien erhalten, die es aus Sicht des Empfängers nicht gebraucht hätte.

Wichtig ist der Hinweis, unmittelbar vor dem Schlafengehen bzw. direkt nach dem Aufstehen keine E-Mails abzurufen bzw. zu bearbeiten, da dadurch die Nachtruhe und damit auf Dauer die Leistungsfähigkeit negativ beeinflusst werden können (vgl. Yogesh et al., 2014). Nicht nur eine Überlegung wert ist das komplette Abschal-

ten der dienstlichen E-Mails am Wochenende oder im Urlaub, um dem menschlichen Organismus eine längere ungestörte Ruhephase zu gewähren. In dringenden Fällen kann ja immer noch auf das Telefon ausgewichen werden oder auf die privaten E-Mail-Adressen.

Der Absender von Informationen sollte sich stets überlegen, ob der in Erwägung gezogene Kommunikationskanal wirklich der richtige ist. Die Entscheidung für ein Telefonat, eine E-Mail, eine Kurznachricht oder eine andere Form des Informationsaustauschs kann vom zu kommunizierenden Inhalt, vom Empfänger oder dem Empfängerkreis abhängen, aber auch vom Ziel, dem Zeitpunkt oder der Dringlichkeit der Kommunikation.

Handelt es sich um eine komplexe Information, die vielleicht einer ergänzenden Erklärung bedarf, die mit Rückfragen verbunden sein kann, so ist eine E-Mail sicherlich weniger geeignet. Hier bietet sich eher ein Austausch per Telefon oder Skype an, eventuell in Kombination mit der Übermittlung schriftlicher Unterlagen. Es kann gut sein, dass sich sogar der direkte persönliche Austausch als der beste Weg erweist. Gerade dann, wenn die Meinung mehrerer Personen gefragt ist, kann eine zehnminütige Besprechung oft eine Vielzahl von E-Mails – und mögliche Missverständnisse – ersetzen.

Sinnvoll ist es zudem, sich als Absender immer klarzumachen, wer der richtige Empfänger oder Empfängerkreis ist, um zu vermeiden, dass die Aufmerksamkeit und Arbeitszeit von zu vielen Personen beansprucht wird. Die Datenflut kann allein dadurch eingedämmt werden, dass die Absender hier vorausschauend und verantwortungsbewusst handeln. Kopien und Blindkopien sollten vermieden und nur in Ausnahmefällen übermittelt werden. Gleiches gilt für die noch häufig eingeforderten Lese- und Empfangsbestätigungen – wenn der Empfänger der richtige ist, sind diese meist überflüssig.

Sowohl bei einem Telefonat oder einer Kurznachricht als auch bei einer direkt versandten E-Mail muss der Absender davon ausgehen, dass der Empfänger direkt erreicht und damit unter Umständen gestört wird. Damit sollte der Absender diese Optionen außerhalb der üblichen Arbeitszeiten nur in Ausnahmefällen gebrauchen. Er sollte aus Rücksichtnahme nicht davon ausgehen, dass der Empfänger sein Smartphone oder andere Endgeräte abgeschaltet hat. E-Mails können mit wenigen Steuerungsbefehlen zeitversetzt versandt werden. Ein Absender sollte nicht zuletzt an folgende Aspekte denken, bevor er eine Nachricht verschickt:

- eindeutige Betreffzeile bzw. klare Schlagworte zu Beginn der Botschaft (bei Kurznachrichten),
- Prägnanz der Information,
- möglichst wenige Anhänge mit geringem Datenvolumen, im Bedarfsfall eher Verweise,
- klare Aussage, was vom Empfänger erwartet wird (z. B. Lesen, Entscheiden, Weiterleiten).

11.5.3 Entwicklung teambezogener Regeln

Um in einem Bereich oder einem Team erfolgreich zusammenzuarbeiten, ist eine gute, enge Kommunikation notwendig. Es ist einleuchtend, dass nur so Missverständnisse und andere Abstimmungsprobleme vermieden werden können. Für die gemeinsame, akzeptanzschaffende Entwicklung der Spielregeln, die einer zukünftigen Kommunikation zugrunde liegen sollen, ist es zunächst sinnvoll, die relevanten Personen an einen Tisch zu holen. Um die Bereitschaft zu erreichen, sich über neue Formen des Austauschs zu verständigen, ist weiterhin eine Sensibilisierung hinsichtlich der Konsequenzen defizitärer Kommunikationsgewohnheiten angebracht. Mit Blick auf die zukünftige Zusammenarbeit sind dann Antworten oder Lösungsansätze zu den Fragen, wie sie beispielhaft in Tabelle 11.7 zusammengestellt worden sind, zu entwickeln.

Auch wenn alle aufgeführten Aspekte geklärt werden, so sollte niemand in den Glauben verfallen, dass es allheilbringende Spielregeln gibt, selbst wenn diese dezentral gemeinsam von den Mitarbeitern vereinbart worden sind. Solche Spielregeln können sicherlich eine Hilfe sein und Orientierung geben – mehr aber nicht. Viel wichtiger dürfte es sein, miteinander eine vertrauensbasierte Kommunikationskultur aufzubauen. Diese sollte von den jeweiligen Teams entwickelt, von diesen aber auch immer wieder evaluiert, hinterfragt und weiterentwickelt werden. So steigen die Chancen, die sich zunehmend verbreitende Kultur gesundheitsgefährdender Dauerbereitschaft durch eine neue Kultur, die produktive Arbeitszeiten und bewusste Auszeiten vereint, zu ersetzen.

Tab. 11.7: In Teamworkshops zum zukünftigen Kommunikationsverhalten zu klärende Fragen

Themenbereich	Beispielhafte Fragestellungen
Informations- und Kommunikations-bedarf	▪ Welchen Kommunikationsbedarf haben wir? ▪ Wer braucht welche Informationen? ▪ Haben wir bei Informationen eine Bring- oder Holschuld?
Kommunikations-partner	▪ Mit wem tauschen wir uns regelmäßig aus? ▪ Gibt es Unterschiede im Umgang mit unterschiedlichen Kommunikationspartnern? ▪ Bedarf es Unterschiede im Umgang mit internen und externen Kunden? Wenn ja, welche?
Erreichbarkeit	▪ Wann wollen wir erreichbar sein? ▪ Brauchen wir Vertretungsregelungen?
Kommunikations-formen	▪ Wann sind welche Kommunikationsformen geeignet oder ungeeignet? ▪ Welche Alternativen bieten sich in besonderen Konstellationen an? ▪ Insbesondere: – Wann sollten wir das persönliche Gespräch suchen? – Wie ist bei bestimmten Ausnahmen (z. B. besonderer Zeitdruck) zu handeln? – Wie kommunizieren wir, wenn mehrere Personen eingebunden werden müssen? – Welche Kommunikationsform ist angemessen, wenn leicht Missverständnisse entstehen können?
Freiräume	▪ Welche Kommunikationsfreiräume sind uns wichtig? ▪ Welche Freiräume sind bei unseren Kommunikationspartnern zu respektieren? ▪ Konkret: Wie gehen wir mit den Abendstunden, den Wochenenden und dem Urlaub um? ▪ Wie stellen wir sicher, dass diese Freiräume eingehalten werden? ▪ Was tun wir in diesen Zeiten bei Notfällen?
Technische Unterstützung	▪ Welche elektronischen Möglichkeiten können uns sinnvoll unterstützen? ▪ Welche Medien wollen wir einsetzen? ▪ Bei welchen Anlässen sind diese Medien geeignet bzw. ungeeignet? ▪ Welche Spielregeln sind beim Umgang mit diesen Medien zu beachten?
Steuerung	▪ Wie gehen wir damit um, wenn wir eine ineffiziente Kommunikation feststellen? ▪ Was tun wir, wenn sich jemand nicht an die Absprachen hält?

Und was passiert dann konkret? In den meisten Teams wird rasch geklärt sein, wann E-Mails keine sinnvolle Option und Telefonate ihnen vorzuziehen sind. Und die Zeiten, in denen Besprechungen dadurch gestört wurden, dass ständig ein anderer Teilnehmer auf sein Smartphone oder seinen Tablet-Computer geschaut hat, sind dann definitiv passé. Es kann gut sein, dass die Probleme wieder häufiger bei einer Tasse Kaffee besprochen oder kontrovers miteinander diskutiert werden. Bei der Entwicklung solcher Kommunikationsspielregeln ist zu beachten, in welchem Umfeld dies geschieht. Mitarbeiter, die der Generation Y angehören und somit mit dem Internet aufwachsen konnten, sind mit den neuen Technologien um einiges vertrauter als viele ihrer älteren Kollegen. Ihnen fällt der kompetente Umgang damit leichter, zumindest was die Nutzung der Technik angeht. Gleichzeitig sind sie aber besonders gefährdet, von der Informationsflut überwältigt zu werden. In heterogenen Arbeitsgruppen kann es aufgrund der unterschiedlichen Voraussetzungen und Erwartungshaltungen zu unterschiedlichen Auffassungen kommen.

11.6 Ausblick

Eine Zukunft ohne die modernen Kommunikationstechnologien gibt es nicht, eine Zukunft mit einem vernünftigeren Umgang mit diesen Medien aber schon. Auch wenn bei vielen Arbeitsplätzen heute fast nichts mehr ohne E-Mails geht und überall Schnelligkeit erwartet wird, sind dennoch Lösungen gefragt, die einerseits weg führen von der kaum mehr zu bewältigenden E-Mail-Flut, andererseits aber auch den gefährlichen Kommunikationsmix mit hohem Erwartungsdruck und kaum reflektiertem Senderverhalten entschärfen (vgl. Schwaab, 2014). Diese Lösungen müssen einen ausgewogenen Kompromiss zwischen privaten und betrieblichen Interessen ermöglichen. Vieles spricht dafür, diese Spielregeln, mit denen der verantwortungsbewusste Umgang mit den verschiedenen Kommunikationsoptionen gewährleistet werden soll, gemeinsam von den Betroffenen entwickeln zu lassen.

Angesichts des weiter zunehmenden Fachkräftemangels müssen Wege beschritten werden, die es ermöglichen, verantwortungsvoll mit dem Humankapital umzugehen. Dass die psychischen Energien endlich sind (vgl. Badura/Pauleweit, 2012), darf gerade vor diesem Hintergrund nicht länger übersehen oder ausgeblendet werden. Einen wichtigen Beitrag zur Entlastung gerade von Managern könnten technologische Möglichkeiten leisten, die darauf abzielen, die Informationsflut einzudämmen.

Enterprise Social Networks, wie sie Atos mit blueKiwi einsetzt (vgl. Gemke, 2014), könnten hier an Bedeutung gewinnen. Einen deutlich verbesserten Umgang mit den neuen Medien verspricht bereits ein recht einfaches Instrument namens OFFTIME (2015), mit dem der Nutzer zum einen sein Kommunikationsverhalten analysieren, zum anderen seine Erreichbarkeit und Störungen über das Smartphone individuell steuern kann. Ähnliche Möglichkeiten bietet die Anwendung MENTHAL (2015), mit der nicht nur Hilfe zur Selbsthilfe geleistet werden soll, sondern gleichzeitig auch Daten für eine breit angelegte Studie zur Nutzung von Mobiltelefonen gesammelt werden (vgl. Markowetz et al., 2014).

Mit Blick auf die Zukunft bleibt die Frage: Ändert sich etwas, wenn die nachkommenden Generationen Y und Z, die mit den neuen Medien aufgewachsen und vertraut sind, in den Beruf drängen? Dies scheint bezogen auf den reinen Umgang mit den Geräten naheliegend, jedoch bringt die hohe Vertrautheit mit diesen Medien, die sich mitunter auch als Abhängigkeit vom Smartphone darstellen kann (vgl. Wildt, 2015), andere Fragestellungen mit sich. Die Herausforderung, die sogenannten Digital Natives, d. h. die im Digitalzeitalter Aufgewachsenen, auch für andere Formen der Kommunikation zu gewinnen, die letztlich effizienter und gesünder sein können, gilt es noch zu meistern. Ein erster Schritt könnte dabei sein, gezielt auf einige Merkmale einzugehen, die der heranwachsenden Generation Z zugeschrieben werden, wie ein hoher Wert der Privatsphäre und eine klare Abgrenzung von der Arbeit (vgl. Scholz, 2015). Es spricht daher einiges dafür, dass junge Menschen durchaus für Argumente, die ihnen Perspektiven aufzeigen, um im Privatleben wirklich von den beruflichen Verpflichtungen abschalten zu können, aufgeschlossen sind.

Zuletzt sei noch auf eine Entwicklung hingewiesen, die bislang wenig Beachtung gefunden hat. Auch sie könnte für viele Organisationen einen Impuls darstellen, um über ihre Informations- und Kommunikationskultur nachzudenken. Seit Ende 2013 sind die deutschen Arbeitgeber aufgrund einer Novellierung des Arbeitsschutzgesetzes verpflichtet, für die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz systematisch eine Gefährdungsbeurteilung durchzuführen (vgl. Clos, 2015). So sollen frühzeitig Risikopotenziale erkannt werden, um bei Bedarf präventiv agieren zu können. Diese Analyse könnte aufzeigen, inwieweit mit der Nutzung der neuen Medien besondere psychische Belastungen verbunden sind. Die Ergebnisse könnten Ausgangspunkt eines Wandels sein: Vielleicht entstehen so Alternativen zum „Always on“ und es

entwickelt sich ein neues „Kommunikationsbewusstsein“, das den Interessen der Mitarbeiter und Betriebe auf Dauer besser gerecht wird.

Literatur

Badura, B./Pauleweit, S. (2012). *„Unsere psychischen Energien sind endlich“. Der Experte für Gesundheitsmanagement Bernhard Badura im Gespräch.* Human Resources Manager, 3 (4), S. 27–29.

Bernau, V. (2013). *Umgang mit E-Mails im Urlaub: Sie haben zu viel Post!* Süddeutsche.de, 11.07.2013. http://www.sueddeutsche.de/karriere/umgang-mit-e-mails-im-urlaub-sie-haben-zu-viel-post-1.1718885 (08.08.2015).

Bitkom (2015a). *44 Millionen Deutsche nutzen ein Smartphone*. Presseinformation vom 25.03.2015.

Bitkom (2015b). *Konsum- und Nutzungsverhalten Internet*. https://www.bitkom.org/Marktdaten/Konsum-und-Nutzungsverhalten/Internet.html (08.08.2015).

Bitkom (2015c). *Smartphones unterstützen flexibles Arbeiten*. Presseinformation vom 30.06.2015.

Bitkom (2015d). *Was man mit dem Smartphone in Meetings macht*. Presseinformation vom 29.05.2015.

Bitkom (2015e). *Große Mehrheit der Berufstätigen ist im Urlaub erreichbar*. Presseinformation vom 22.07.2015.

Bitkom (2014). *Nicht ohne mein Smartphone*. Presseinformation vom 28.07.2014.

Bitkom (2006). *Die Nutzung von Email und Internet im Unternehmen – Rechtliche Grundlagen und Handlungsoptionen.* Version 1.3. Berlin/Frankfurt a. M.

Borstel, S. v./Evert, H. (2012). *Von der Leyen will glasklare Regelungen für Handykultur*. Die Welt, 12.06.2012.

Bradley, A. J./McDonald, M. P. (2011). *The social organization: How to use social media to tap the collective genius of your customers and employees*. Boston: Harvard Business Review Press.

Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände (2015). *Chancen der Digitalisierung nutzen. Positionspapier der BDA zur Digitalisierung von Wirtschaft und Arbeitswelt*. Mai 2015. Berlin.

Buttlar, H. v./Tiesenhausen, F. v. (2014). *Die Befreiung von der E-Mail-Plage*. Capital, 20.02.2014. http://www.capital.de/dasmagazin/raus-aus-der-e-mail-falle.html (08.08.2015).

Chui, M./Manyika, J./Bughin, J. et al. (2012). *The social economy: Unlocking value and productivity through social technologies*. McKinsey Global Institute.

Clos, C. (2015). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastungen: Lästige Vorgabe oder Chance?* Wirtschaftspsychologie aktuell, 22 (2), S. 51–54.

Dämon, K. (2015). *Digitalisierung und Arbeitszeit – Wie flexibel müssen wir eigentlich arbeiten?* Wirtschaftswoche, 23.07.2015. http://www.wiwo.de/erfolg/beruf/digitalisierung-und-arbeitszeit-wie-flexibel-muessen-wir-eigentlich-arbeiten/12095108.html (08.08.2015).

Dämon, K. (2014). *Produktivitätskiller – Warum wir uns von der E-Mail verabschieden sollten.* Wirtschaftwoche, 09.09.2014. http://www.wiwo.de/erfolg/beruf/produktivitaetskiller-warum-wir-uns-von-der-e-mail-verabschieden-sollten/10675362.html (08.08.2015).

Daimler (2012). *Daimler verankert Balance zwischen Arbeits- und Privatleben als zentralen Bestandteil in der Führungskultur*. Pressemitteilung vom 23.11.2012.

DAK-Gesundheit (2015). *DAK Gesundheitsreport 2015*. Hamburg.

Die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (2008). *Datenschutzrechtliche Grundsätze bei der dienstlichen/privaten Internet- und E-Mail-Nutzung am Arbeitsplatz* (Stand: Januar 2008). http://www.bfdi.bund.de/SharedDocs/Publikationen/Arbeitshilfen/LeitfadenInternetAmArbeitsplatzneu.pdf?__blob=publicationFile&v=3 (08.08.2015).

Geißler, K. A. (2012). *Enthetzt Euch! Weniger Tempo – mehr Zeit*. Stuttgart: Hirzel.

Gemke, J. (2014). *Social Enterprise: Einblicke ins Zero-E-Mail-Projekt bei Atos*. Computerwoche.de, 11.07.2014. http://www.computerwoche.de/a/einblicke-ins-zero-e-mail-projekt-bei-atos,3063957 (08.08.2015).

Hammermann, A./Stettes, O. (2015). *Bewältigung von Stress in einer vernetzten Arbeitswelt. Befunde aus der BIBB/BAuA-Erwerbstätigenbefragung*. IW-Trends, (2), S. 113–135.

Hartmann, J./Tauber, A. (2012). *SAP-Chef: „Man muss das Handy auch ausmachen können"*. Die Welt, 01.12.2012. http://www.welt.de/wirtschaft/article111747264/Man-muss-das-Handy-auch-ausmachen-koennen.html (08.08.2015).

IG Metall (2014). *Betriebsrat verhilft Beschäftigten zu mehr Zeitsouveränität: Mobil arbeiten bei Bosch, 14.05.2014*. http://www.igmetall.de/betriebsrat-verhilft-beschaeftigten-zu-mehr-zeitsouveraenitaet-13629.htm (08.08.2015).

IG Metall (2012). *Anti-Stress-Verordnung. Eine Initiative der IG Metall*. Frankfurt a. M.

Jäggi, S. (2013). *So ein Stress*. ZEIT Online, 18.10.2013. http://www.zeit.de//2013/41/arbeitsplatz-druck-stress-schweiz?wt_zmc=sm.ext.zonaudev.mail.ref.zeitde.dskshare.link.x&utm_medium=sm&utm_source=mail_zonaudev_ext&utm_campaign=mail_referrer&utm_content=zeitde_dskshare_link_x (08.08.2015).

Lubbadeh, J. (2014). *Süchtig nach E-Mails*. SPIEGEL Online, 30.10.2014. http://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/sucht-nach-e-mails-wenn-man-staendig-sein-postfach-checkt-a-999639.html (08.08.2015).

Markgraf, D. (2013). *Arbeitswelten im Wandel. Auswirkungen von etablierten Kommunikationsmitteln und sozialen Medien auf die Effizienz modernen Arbeitens*. AKAD-Hochschule Leipzig.

Markowetz, A./Blaszkiewicz, K./Montag, C. et al. (2014). *Psycho-Informatics: Big data shaping modern psychometrics*. Medical Hypotheses, 82 (4), S. 405–411.

Meifert, M. T./Kesting, M. (2004). *Gesundheitsmanagement – Ein unternehmerisches Thema?* In: Meifert, M. T./Kesting, M. (Hrsg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen: Konzepte – Praxis – Perspektiven. Heidelberg: Springer, S. 3–13.

Menthal (2015). https://menthal.org/ (08.08.2015).

Mettling, B. (2015). *Transformation numérique et vie au travail*. http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Mettling_-Transformation_numerique_vie_au_travail.pdf (26.09.2015).

Montag, C. (2015). *Smartphone & Co: Warum wir auch digitale Freizonen brauchen*. Wirtschaftspsychologie aktuell, 22 (2), S. 19–22.

Morgan, J. (2012). *The collaborative organization: A strategic guide to solving your internal business challenges using emerging social and collaborative tools*. New York: McGraw-Hill.

Moser, K./Preising, K./Göritz, A. et al. (2002). *Steigende Informationsflut am Arbeitsplatz: belastungsgünstiger Umgang mit elektronischen Medien (E-Mail, Internet)*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

OFFTIME (2015). http://offtime.co/ (08.08.2015).

O.V. (2014). *Autoindustrie: Mobilarbeit wird angerechnet*. Der Spiegel, 68 (8), S. 61.

O.V. (2010). *Sendepause für Telekom-Mitarbeiter: Machen Sie jetzt Ihr Handy aus*. Spiegel Online, 23.07.2010. http://www.spiegel.de/wirtschaft/unternehmen/sendepause-fuer-telekom-mitarbeiter-machen-sie-jetzt-ihr-handy-aus-a-708104.html (08.08.2015).

ORSE – Observatoire de la Responsabilité Sociétale des Entreprises (2015). *Du meilleur usage des outils de communication numérique dans les entreprises*. Paris.

ORSE – Observatoire de la Responsabilité Sociétale des Entreprises (2011). *Pour un meilleur usage de la messagerie électronique dans les entreprises*. Paris.

Perlow, L. A. (2012). *Sleeping with your smartphone. How to break the 24/7 habit and change the way to work*. Boston: Harvard Business Review Press.

Scholz, C. (2015). *Klare Strukturen statt Flexibilität: So tickt die Generation Z tatsächlich*. Wirtschaftspsychologie aktuell, 22 (2), S. 36–42.

Schwaab, M.-O. (2014). *E-Mails zum Frühstück*. Personalmagazin, 16 (6), S. 18–22.

Silic, M./Back, A./Silic, D. (2015). *Atos – Towards Zero Email Company. European Conference on Information Systems (ECIS)*. Münster, 26. bis 29. Mai 2015. Completed Research Papers. Paper 168.

Soucek, R./Moser, K. (2004). *Entwicklung und Evaluation eines Trainings zur effektiven E-Mail-Kommunikation*. In: Bungard, W./Koop, B./Liebig, C. (Hrsg.): Psychologie und Wirtschaft leben. Aktuelle Themen der Wirtschaftspsychologie in Forschung und Praxis. München: Rainer Hampp, S. 201–205.

Stock-Homburg, R. (2011). *Work-Life-Balance als Herausforderung. Burnout im Topmanagement*. Forschung und Lehre, 8 (11), S. 842–843.

Techniker Krankenkasse (2013). *Bleib locker, Deutschland! – TK-Studie zur Stresslage der Nation*. Hamburg.

Tiedge, A. (2014). *Allianz-Vorstand: „Wir wollen kein plattes Mailverbot“*. Spiegel online, 08.09.2014. http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/work-life-balance-und-mails-allianz-personalvorstand-im-interview-a-989645-druck.html (08.08.2015).

Töpper, V. (2014). *Zeitverschwendung im Job: E-Mails kosten einen Arbeitstag pro Woche*. Spiegel online, 14.08.2014. http://www.spiegel.de/karriere/berufsleben/e-mails-und-meetings-so-viel-arbeitszeit-wird-jedes-jahr-vergeudet-a-985991.html (08.08.2015).

Volkswagen (2011). Verfahrensregelung der Volkswagen AG zur Vergabe von Smartphones vom 18. Juli 2011.

Vollstädt, S. (2015). *Unternehmen denken um: Kampf gegen die E-Mail-Flut nach dem Urlaub*. Hessenschau.de, 06.08.2015. http://hessenschau.de/wirtschaft/unternehmen-gegen-e-mail-flut-nach-urlaub,e-mails-urlaub-100.html (08.08.2015).

Wildt, B. te (2015). *Digital Junkies: Internetabhängigkeit und ihre Folgen für uns und unsere Kinder*. München: Droemer.

Yogesh, S./Abha, S./Priyanka, S. (2014). *Mobile usage and sleep patterns among medical students*. Indian Journal of Physiology and Pharmacology, 58 (1), S. 100–103.

12 „Wer schneller arbeitet, ist früher fertig" – Möglichkeiten und Grenzen des Job Enlargements und Job Enrichments

STEFAN POPPELREUTER

War es in den 1970er-Jahren primäres Bestreben der Arbeitswissenschaften, durch vermehrte Arbeitsinhalte und zusätzliche Verantwortungsübernahme durch die Mitarbeiter Arbeitsplätze humaner zu gestalten, so leidet die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert zunehmend unter genau diesen Entwicklungen: Arbeitnehmer klagen über eine viel zu hohe Arbeitsbelastung und über ein Zuviel an Verantwortung. Mancher Arbeitnehmer versucht, diesem erhöhten Druck durch permanentes Mehrarbeiten entgegenzuwirken. Die Gefahr, dass die Arbeit dabei süchtig entgleist, ist in den letzten Dekaden deutlich gestiegen. Der vorliegende Beitrag fasst die wissenschaftlichen Erkenntnisse und Ergebnisse zum Phänomen der Arbeitssucht zusammen. Arbeitssucht ist eine individuell wie gesamtgesellschaftlich zunehmend bedeutsam werdende Problematik, die aufgrund ihrer – teilweise fatalen – Auswirkungen auf die Betroffenen, aber auch auf deren näheres und weiteres Umfeld besonderer Aufmerksamkeit bedarf. Die wissenschaftliche Erforschung der Arbeitssuchtproblematik hat in den letzten Jahren zunehmende Beachtung erfahren und es gibt erfolgversprechende Ansätze zur Diagnose, Prävention und Behandlung.[46]

Die Älteren unter den Lesern mögen sich noch erinnern: In den 1970er-Jahren wurde die Humanisierung der Arbeitswelt ganz groß geschrieben. Man hatte erkannt, dass die alten Konzepte der Arbeitszergliederung und des „one best ways", die der Nestor der wissenschaftlich fundierten Arbeitsgestaltung – Fredrick Winslow Taylor – mit großem Erfolg und ingenieurwissenschaftlicher Präzision in das Zeitalter der Industrialisierung eingeführt hatte, nicht länger von Nutzen waren. Humanisierung hieß auch, den Menschen nicht nur als maschinenähnlichen Produktionsfaktor zu sehen, sondern seine Fähigkeiten und Fertigkeiten ganzheitlicher anzusprechen und zu nutzen. Die vordergründig proklamierte Humanisierung diente – wie sollte es anders sein – auch betriebswirtschaftlichen Zielen, hatte man doch erkannt, dass der mit-

46 Ich danke Frau Friederike Invernizzi (M. A.) sehr herzlich für ihren inhaltlichen wie formalen Input zu diesem Beitrag und darüber hinaus. Ohne diesen wäre es alles nicht so gelungen, wie es ist.

denkende Mitarbeiter nicht nur zufriedener ist, sondern auch weniger Fehler macht und nützliche Ideen einbringt. Ist eine Arbeitsaufgabe so gestaltet – so die neue Philosophie –, dass aus ihr selbst heraus Interesse, Engagement und die *Motivation* zum Weiterhandeln entsteht, dann sind optimale Voraussetzungen für die Erbringung der Arbeitsleistung vorhanden. Das ist immer dann der Fall, wenn ein *angemessenes Maß an Kontrolle* bzw. Handlungsspielraum über die Arbeitsabläufe und den Einsatz der Arbeitsmittel möglich ist und die Aufgabe selbst eine *Herausforderung mit realistischen Anforderungen* darstellt. Dies löst beim Mitarbeiter Aufgabenorientierung und damit intrinsische (von innen aus der Aufgabe kommende) Motivation aus. Humane oder *menschengerecht gestaltete Arbeit* sorgt dafür, dass der Mensch auf Dauer weder unterfordert noch überfordert ist.

Menschengerechte Arbeit ist ausführbar, schädigt nicht, ist erträglich, zumutbar und persönlichkeitsförderlich. Die Belastungen sind optimal ausgewogen und es besteht i. d. R. keine arbeitsbedingte Gefahr für die Gesundheit. Menschengerechte Arbeitsgestaltung ist die Zielsetzung des Arbeitsschutzgesetzes, wenn es die Berücksichtigung der gesicherten arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse fordert.

Soweit die theoretische Idee. Nicht mehr die Partikularisierung der Arbeit war der Königsweg, sondern es sollten im Gegenteil Arbeitsplätze geschaffen werden, die mehr Breite und Tiefe aufweisen, bei denen der Mitarbeiter nicht kleine Ausschnitte des Endprodukts oder der Dienstleistung bearbeitet, sondern im Idealfall das gesamte Produkt bzw. die gesamte Dienstleistung von ihm erbracht – oder zumindest im Blick behalten – wird. Gerne wurde zudem argumentiert, dass durch Job Enrichment und Job Enlargement auch dem von Karl Marx beschriebenen Prozess der Entfremdung der Arbeit entgegengewirkt wird. Dass dies viel zu weit gegriffen ist und Marx Konzept der Entfremdung fehlinterpretiert, sei an dieser Stelle nur erwähnt. Marx ging es vor allem um die Frage, wem das Ergebnis der Arbeit gehört – dem Arbeiter oder dem Unternehmer (vgl. Marx/Engels, 1962). Eine Antwort auf diese Frage lieferten auch Job Enrichment und Job Enlargement nicht.

Job Enrichment und Job Enlargement waren Anfang der 1970er-Jahre also die Konzepte der Stunde. Job Enlargement meint eine quantitative Erweiterung der Arbeitsaufgaben durch Einbeziehung vor- und nachgelagerter (spezialisierter) Aufgabenbereiche. Job Enrichment meint die qualitative Arbeitsbereicherung durch die Vergrößerung der Entscheidungs- und Kontrollspielräume des Mitarbeiters über den

Einbezug planender, vorbereitender, ausführender oder kontrollierender Tätigkeiten (vgl. Schaper, 2011).

Was anfangs wie eine schöne neue Arbeitswelt klang – charakterisiert durch Selbstbestimmung, Entscheidungsspielraum, Verantwortungsübernahme –, hat sich im Zeitalter der Globalisierung, des Lean Managements und der Arbeitsverdichtung für manchen Mitarbeiter als Risikofaktor Nr. 1 für die persönliche Gesundheit entpuppt (vgl. DGB, 2012). War es einst ein *Zuwenig* an Verantwortung, Gestaltungsspielraum und Teilhabe am Arbeitsplatz, was den Mitarbeiter belastete, frustrierte, entfremdete und letztlich krank machte, so ist es heute ein *Zuviel* an Arbeit, an Verantwortung, an Verfügbarkeit, was vom Mitarbeiter erwartet wird. Und das macht genauso krank wie das Zuwenig.

So kommt der DGB-Index Gute Arbeit (vgl. DGB, 2012) auf der Grundlage einer repräsentativen Befragung von 6.083 abhängig Beschäftigten zum Thema „Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung“ zu alarmierenden Ergebnissen: Bundesweit fühlt sich jeder zweite Beschäftigte bei der Arbeit sehr häufig oder oft gehetzt, wobei Arbeitnehmerinnen in besonderem Maße von dieser Hetze betroffen sind. 63 % der Beschäftigten machen die Erfahrung, dass sie seit Jahren immer mehr in der gleichen Zeit leisten müssen. 27 % der Arbeitnehmer müssen sehr häufig oder oft auch außerhalb ihrer Arbeitszeit für betriebliche Belange erreichbar sein (vgl. DGB, 2012). Die moderne Kommunikationstechnologie macht es möglich: Aus Überstunden können schnell Überallstunden werden, denn man kann letztlich immer und überall erreichbar sein, sich einloggen, Daten herunterladen, E-Mails schreiben und WebEx- oder Skype-Konferenzen abhalten (vgl. Poppelreuter, 2013).

15 % der Beschäftigten erledigen sehr häufig oder oft auch außerhalb ihrer Arbeitszeit Aufgaben für ihren Betrieb. Über einem Drittel (34 %) der Arbeitnehmer fällt es schwer, nach der Arbeit abzuschalten. Darüber klagen insbesondere die Beschäftigten, die lange Arbeitszeiten aufweisen. Ebenso können Frauen schlechter abschalten als Männer und Ältere schlechter als Jüngere eine Distanz zur Arbeit aufbauen. Arbeitsbezogene Probleme und Schwierigkeiten begleiten 37 % der Beschäftigten auch nach Hause, bei den gehetzten Befragten berichten dies sogar 53 %. Jeder fünfte Befragte (20 %) leistet 10 oder mehr Überstunden pro Woche, wobei hierbei generell auch gilt: Je mehr Überstunden absolviert werden, desto größer ist die Arbeitshetze (vgl. DGB, 2012). Schließlich sind 49 % der Beschäftigten wiederholt auch dann zur

Arbeit gegangen, wenn sie sich „richtig krank fühlten“. Diese Quote ist besonders hoch bei denjenigen, die von Arbeitshetze und Leistungsverdichtung betroffen sind.

Eine britisch-finnische Langzeitstudie – als Beispiel für eine Vielzahl ähnlich gelagerter Studien mit ähnlichen Ergebnissen –, an der 1.626 männliche und 497 weibliche Angestellte britischer Behörden teilnahmen, zeigt zudem, dass eine regelmäßige Mehrarbeit von drei bis vier Stunden täglich das Risiko einer schweren Depression erheblich erhöht (vgl. Virtanen et al., 2012). Böse Stimmen mögen zwar äußern, dass das Arbeiten in der öffentlichen Verwaltung auch ohne Überstunden schon zu Depressionen führen kann, aber deutlich wird, dass es eine zunehmende Sensibilität und Aufmerksamkeit sowohl bei Experten als auch bei Betroffenen und auch in der Öffentlichkeit für die steigenden Belastungen und Beanspruchungen in Arbeit und Beruf – und hier vor allem im psychischen Bereich – gibt.

Bestätigung hierfür liefert der aktuelle Gesundheitsmonitor 2015, ein gemeinschaftliches Projekt der Bertelsmann Stiftung und der Barmer GEK (vgl. Chevalier/Kaluza, 2015). Es zeigt sich, dass der steigende Ziel- und Ergebnisdruck in Unternehmen Beschäftigte in Deutschland dazu verleitet, mehr zu arbeiten, als ihnen gut tut. Damit wächst bei vielen Menschen das Risiko der Gesundheitsgefährdung. Befragt wurden rund 1.000 Erwerbstätige. Demnach legt knapp ein Viertel der Vollzeit-Beschäftigten in Deutschland ein Tempo vor, das es langfristig selbst nicht durchzuhalten glaubt. 18 % der Befragten erreichen regelmäßig die Grenze ihrer Leistungsfähigkeit und 23 % verzichten gänzlich auf Pausen. Jeder Achte erscheint krank im Unternehmen (vgl. Chevalier/Kaluza, 2015, S. 6 f.).

Selbstgefährdendes Verhalten äußert sich neben dem Verzicht auf Erholung in übermäßigem Konsum von scheinbar die Leistung steigernden Substanzen, wie Nikotin und Medikamenten, oder dadurch, dass Sicherheits-, Schutz- und Qualitätsstandards unterlaufen werden. Ursache für dieses Verhalten sind häufig die permanent wachsenden Anforderungen: 42 % der Befragten geben an, dass ihr Arbeitsumfeld durch steigende Leistungs- und Ertragsziele geprägt ist. Jeder Dritte weiß nicht mehr, wie er die wachsenden Ansprüche im Betrieb bewältigen soll. Dadurch komme es leicht zu einer Überforderung. 51 % der Befragten geben an, keinen oder nur geringen Einfluss auf ihr Arbeitsvolumen zu haben. Über 40 % sagen das auch über ihre Arbeitsziele (vgl. Chevalier/Kaluza, 2015, S. 6 f.).

Als eine der Ursachen für die Zunahme der Belastungen wird gerne auf die gestiegene Dynaxität unserer (Arbeits-)Welt verwiesen (vgl. Kastner et al., 2001). Es

handelt sich hierbei um ein Kunstwort, zusammengesetzt aus den Begriffen Dynamik und Komplexität. Produkte, Dienstleistungen, Prozesse und Organisationen verändern sich in Richtung und Intensität immer schneller (Dynamik) und werden komplexer, d. h. die Anzahl und die Vielfalt der Systemelemente sowie deren Vernetzungsgrad steigen (Komplexität). Diese Kombination aus Dynamik und Komplexität (Dynaxität) stellt vor allem hinsichtlich der zunehmenden Eigendynamiken der Systeme, die kaum noch durch den Menschen beherrschbar sind, die zentrale Herausforderung für uns dar. Hier liegen nach Auffassung vieler Arbeitsexperten wesentliche Gründe für Scheitern, psychosoziale Störungen und verminderte Lebensqualität.

Doch bedeutet das automatisch, dass letztlich alle Arbeitnehmer immer selbstausbeuterischer werden müssen, dass es letztlich so etwas wie einen kollektiven „Arbeitswahn“ in den westlichen Industrienationen gibt, ja zwangsläufig geben muss? Solche kulturkritischen Stimmen gab es schon in den 1980er-Jahren (vgl. Wacker, 1987) und sie finden sich auch im neuen Jahrtausend. Heide bezeichnet schon im Titel seines 2003 erschienenen Buches die Arbeitssucht als ein Massenphänomen (vgl. Heide, 2003). Aber ist ein immer exzessiveres Arbeiten, das süchtige Arbeiten, tatsächlich ein Massenphänomen? Ein unausweichlicher Kollateralschaden der globalisierten Welt? Oder handelt es sich nicht vielmehr um ein individuelles Problem, das sich aus dem Zusammenspiel von Person, Situation und der Arbeit als solcher ergibt? Was genau ist Arbeitssucht überhaupt? Wie lässt sie sich definieren und diagnostizieren? Und was wissen wir über Prävalenz, Prävention und Intervention?

12.1 Die Geschichte der Arbeitssucht und ihre Definition

Die Bedeutung von Arbeit, die mannigfaltigen Faktoren, die die Arbeit prägen, beeinflussen, erträglich oder unerträglich machen, die Rolle der Arbeit für unterschiedliche Individuen, Bevölkerungsgruppen, Gesellschaften ist in vielfältiger Art und Weise untersucht, durchleuchtet und analysiert worden. Kulturelle Errungenschaften und Vorgänge im wirtschaftlichen sowie gesellschaftlichen Leben beruhen auf der Arbeit von Menschen, sodass Arbeit als zentrale Grundlage menschlichen Lebens verstanden werden kann (vgl. Forschner, 1997). Fleiß, Tüchtigkeit und Erfolg gelten als Tugenden und Grundfesten der modernen Leistungsgesellschaft (vgl. Poppelreuter/Windholz, 2001). Da Menschen mit Arbeit viele Grundbedürfnisse befriedigen, z. B. sozialen Kontakt und Selbstverwirklichung, erfüllt sie neben der bloßen Exis-

tenzsicherung zahlreiche Funktionen (vgl. Jahoda, 1981). Wenn jedoch eine Person ihrem Arbeitsverhalten verfällt, weder Umfang noch Dauer der Arbeit selbst bestimmen kann, nicht untätig sein kann und Entzugserscheinungen entwickelt, wenn sie einmal nicht arbeitet (vgl. Poppelreuter/Evers, 2000), dann nimmt das Arbeitsverhalten pathologische Züge an und wird problematisch. Diese Verhaltensstörung ist in den letzten Jahren als „Arbeitssucht“ zunehmend in den Fokus von Wissenschaft und Forschung gelangt.

Das Phänomen der Arbeitssucht wird in der Wissenschaft erst seit den 1970er-Jahren eingehender diskutiert. Dabei nahmen sich zunächst vor allem Psychologen und Soziologen der Problematik an. Im Jahre 1968 „outete“ sich der amerikanische Psychologe Wayne Oates – er war Professor für Religionspsychologie – als arbeitssüchtig und entwarf in starker Anlehnung an die Abhängigkeitsstörung des Alkoholismus den für das Phänomen der Arbeitssucht berühmten Fachterminus Workaholism. Im deutschen Sprachraum sprach Mentzel im Jahre 1979 von der „Droge Arbeit“ (Mentzel, 1979, S. 115). Sowohl Oates (1971) als auch Mentzel (1979) sehen enge Parallelen zwischen Arbeitssucht und Alkoholismus, wobei Oates (1971) Ähnlichkeiten in Ätiologie und Symptomatik betont und Mentzel (1979) das abweichende Verhalten sowie die langfristigen Folgen für die Betroffenen und deren Umfeld hervorhebt. Allerdings wurde im deutschsprachigen Raum Arbeitssucht bereits früher durch Autoren wie Gebsattel (1954) und Laubenthal (1964) thematisiert, die hierzu die Bezeichnung Arbeitswut benutzten.

Obwohl seit der ersten offiziellen Erwähnung der Arbeitssucht durch Oates (1968) die Arbeitssucht-Problematik sich zunehmender Popularität in den Medien erfreute, fand eine wissenschaftliche Auseinandersetzung erst in den 1990er-Jahren (vgl. Wehner, 2006) durch die Forschungsarbeiten von Spence und Robbins (1992) im englischen Sprachraum und Poppelreuter (1996) im deutschen Sprachraum statt.

In den letzten Jahrzehnten ist die Arbeitssuchtforschung zwar nicht enorm gewachsen, aber es gibt inzwischen doch eine Reihe von empirischen Untersuchungen, die sich mit dem Thema befasst haben, und das sowohl im deutschsprachigen Raum als auch im internationalen Kontext. Dabei werden vermehrt die negativen Folgen arbeitssüchtigen Verhaltens thematisiert, wie das zwanghaft-rigide Verhalten der Betroffenen (vgl. Taris et al., 2010; Robinson, 2007; Schaufeli et al., 2009; für den deutschsprachigen Raum vgl. z. B. Meißner, 2005; Städele, 2008; Poppelreuter/Windholz, 2005). Letztlich erweist sich als zentrales definitorisches Merkmal der Ar-

beitssucht der zwanghafte Antrieb und das zwanghafte Bedürfnis zu arbeiten (vgl. Andreassen et al., 2014).

Die Arbeitssucht reiht sich ein in die Vielzahl anderer stoffungebundener Süchte (Kaufsucht, Spielsucht, Online-Sucht, Sexsucht u. a.), denn während die verschiedenen Formen der stoffgebundenen Abhängigkeit (Alkohol, Drogen, Medikamente) klassifiziert und ihre klinischen Erscheinungsbilder genau beschrieben sind, gibt es bisher weder entsprechende Ausführungen noch eine einheitliche Definition des Störungsbildes der Arbeitssucht (vgl. Grüsser/Thalemann, 2006). „Formal betrachtet gibt es Arbeitssucht also gar nicht." (Poppelreuter/Windholz, 2001, S. 63) Auf gesellschaftlicher Ebene wird Arbeitssucht mitunter auch nicht als psychische Störung verstanden, sondern als Tugend glorifiziert (vgl. Poppelreuter, 1997). Dies liegt u. a. daran, dass der Begriff Sucht von vielen Menschen vorwiegend mit Substanzabhängigkeiten assoziiert und im Zusammenhang mit Arbeit als inkompatibel empfunden wird (vgl. Poppelreuter, 1997). Menschen erwarten nicht, dass Tugenden, wie Fleiß und Tüchtigkeit, Symptome einer psychischen Störung sein können (vgl. Poppelreuter/Windholz, 2005).

Über das allgemeine Definitionsmerkmal hinaus, dass arbeitssüchtige Menschen in einem exzessiven Ausmaß arbeiten und andere Lebensbereiche vernachlässigen, gibt es bisher keine einheitliche Bestimmung von Arbeitssucht (vgl. Poppelreuter/Evers, 2000). McMillan, O'Driscoll und Burke (2003) nennen als kennzeichnende Merkmale der Arbeitssucht die Unfähigkeit, sich von seiner Arbeit zu lösen, ein starkes Verlangen zu arbeiten, ein hohes Vergnügen an der Arbeit und eine im Vergleich zu nicht arbeitssüchtigen Menschen andere Art, Freizeit zu verbringen. Für Robinson (2000) sind diese Aspekte für das Verständnis von Arbeitssucht ebenfalls zumindest teilweise bedeutsam, denn Arbeitssucht ist für ihn „eine zwanghafte Störung, deren Kennzeichen sind: selbst auferlegte hohe Anforderungen, die Unfähigkeit, Gewohnheiten am Arbeitsplatz zu regulieren und ein Übermaß an Arbeit, verbunden mit dem Verzicht auf die meisten anderen Aktivitäten des Lebens" (Robinson, 2000, S. 19).

Ob jemand arbeitssüchtig ist oder nicht, hängt nach der Auffassung Vieler – insbesondere Laien – jedoch einzig und allein von der Zahl der Stunden ab, die jemand pro Woche arbeitet. Dass diese Einschätzung irreführend ist, ist in wissenschaftlichen Studien zwar immer wieder betont worden (vgl. z. B. Poppelreuter, 1996, 1997), hat sich aber noch nicht in der kollektiven Wahrnehmung durchsetzen können.

Im Gegensatz zu anderen Suchtformen kann bei Arbeitssucht nicht aus der Intensität des Missbrauchs auf den Grad der Sucht geschlossen werden (vgl. Mentzel, 1979; Schneider, 1999). Bei Arbeitssucht handelt es sich vielmehr um eine spezifische Geisteshaltung (vgl. Poppelreuter, 1997), die sich als „Ich arbeite, also bin ich" (Robinson, 2000, S. 102) verstehen lässt. Süchtiges Arbeitsverhalten zeigt sich insbesondere in den negativen gesundheitlichen Folgen, den Beeinträchtigungen im sozialen Bereich und den Einschränkungen im Wohlbefinden des Betroffenen (vgl. Schneider, 1999).

Definitionen und Symptome

Ein definitorischer Abgrenzungsversuch könnte wie folgt aussehen: Arbeitssucht ist eine Form pathologischen Arbeitsverhaltens und kann definiert werden als ein unkontrollierbarer, innerer Zwang, in der Arbeitswelt, aber auch in der Freizeit und im Privatleben tätig zu werden, während gleichzeitig andere Verhaltensmöglichkeiten dem Arbeiten untergeordnet und den stoffgebundenen Abhängigkeiten ähnlichen Suchtverhaltensweisen gezeigt werden (vgl. Städele, 2008; Wehner, 2006).

Bei einer bestehenden Arbeitssucht handelt es sich demnach um eine starke psychische Abhängigkeit vom Arbeitsprozess, sodass der Betroffene aus einem Zwang heraus übermäßig viel arbeitet und sogar unter Schuldgefühlen leidet, wenn er einmal nicht arbeitet (vgl. Cherrington, 1980; Schneider, 1999). Vom problematischen Arbeitssüchtigen ist also der „motivierte Vielarbeiter" abzugrenzen als derjenige, der die Kontrolle über sein Arbeitsverhalten behält und der zwar viel arbeitet, dies aber nicht oder nur selten als Ballast erlebt. Der Ausgleich zur Arbeit, die Entspannung kommt nicht zu kurz. Der extensiven Anstrengung und Belastung folgen auch Phasen der Erholung. Der Wert der Pause, am Tag, in der Woche, im Monat, im Jahr wird gesehen und kultiviert. Letztlich sind solche Beschäftigte diejenigen, die die aus dem Hochleistungssport bekannten Erkenntnisse beherzigen, dass der gute Trainingsplan zur Höchstleistung immer auch die Pause und die Regeneration beinhaltet. Arbeitssüchtige hingegen sind Getriebene ihrer Arbeit, Hamster im Rad, die den Ausweg nicht finden können oder wollen. Sie arbeiten nicht, sie werden gearbeitet.

Poppelreuter und Evers (2000) halten aufgrund der unzureichenden Forschungslage lediglich eine operationale Definition der Arbeitssucht für möglich, die sich an den allgemeinen Indikatoren nicht stoffgebundener Süchte orientiert. Die Vielfalt unterschiedlicher Arbeitssucht-Typen, die Vielgestaltigkeit der Symptome und die zahlreichen Folgen erschweren die Entwicklung eines einheitlichen Symptomka-

talogs (vgl. Poppelreuter, 2010). Dennoch lässt sich die Arbeitssucht-Symptomatik nach Poppelreuter und Evers (2000) wie folgt zusammenfassen (vgl. Tab. 12.1):

Tab. 12.1: Merkmale von Arbeitssüchtigen (vgl. Poppelreuter/Evers, 2000)

Merkmal	Ausprägung
Verfall an das Arbeitsverhalten	Der gesamte Vorstellungs- und Denkraum zentriert sich auf die Arbeit. Das Denken und Handeln des Betroffenen sind völlig auf die Arbeit ausgerichtet.
Kontrollverlust	Der Arbeitssüchtige kann weder den Umfang noch die Dauer des Arbeitsverhaltens selbst bestimmen. Er arbeitet aus einem inneren Zwang heraus.
Abstinenzunfähigkeit	Der Betroffenen empfindet es als unmöglich, für eine bestimmte Zeit nicht zu arbeiten.
Entzugserscheinungen	Bei gewolltem oder erzwungenem Nicht-Arbeiten treten Entzugserscheinungen und eventuell vegetative Symptome auf. Nach Rohrlich (1984, S. 143) zählen hierzu „starke Angst (oft verbunden mit Atemnot, Zittrigkeit, Schwitzen, kalten, feuchten Händen und Appetitlosigkeit), Depression (Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung, Verlust des Lebenswillens, intensive Schuldgefühle, Appetitlosigkeit und das Schwinden aller Interessen – auch am Sex), psychosomatische Erkrankungen (Migräne, Darmentzündungen, Asthma, Zwölffingerdarmgeschwüre) oder sogar ausgesprochene Psychosen (Verlust der Fähigkeit, Wirklichkeit von Phantasie zu unterscheiden, wie sie bei Wahnvorstellungen, Halluzinationen und unzusammenhängenden Reden zu beobachten ist)."
Toleranzentwicklung & Dosissteigerung	Da der Betroffene eine gewisse Toleranz gegenüber der Arbeitsmenge entwickelt, muss er quantitativ immer mehr arbeiten, um die gewünschten Gefühlslage bzw. den angestrebten Bewusstseinszustand zu erreichen.
psychosoziale & psychoreaktive Störungen	Es ergeben sich Probleme im sozialen und gesundheitlichen Bereich.

Der Arbeitssüchtige leidet unter einem sowohl psychischen als auch physischen Verfall an das Arbeitsverhalten. Er kann sein Arbeitsverhalten nicht mehr kontrollieren (Kontrollverlust). Er arbeitet länger als er sich vorgenommen hat oder auch in Situationen, in denen er eigentlich nicht arbeiten kann oder sollte, z. B. bei Krankheit oder in sozialen Situationen außerhalb des Arbeitsplatzes. Es ist ihm unmöglich,

nicht zu arbeiten (Abstinenzunfähigkeit), sodass er beim Nicht-Arbeiten unter Entzugserscheinungen leidet. Arbeitssüchtige berichten, dass sie in solchen Situationen Druck- und Engegefühle, tiefe Traurigkeit oder massive Zustände innerer Unruhe erleben. Aber auch körperliche Symptome können in Zeiten des Nicht-Arbeitens auftreten, z. B. Übelkeit, Erbrechen, Kopfschmerzen oder Schlafstörungen. Aufgrund der Toleranzentwicklung muss der Arbeitssüchtige zunehmend mehr arbeiten, um die gewünschten Effekte (z. B. ein Gefühl der Leistungserbringung, ein Gefühl der Daseinsberechtigung, die Verdrängung von Angst- oder Unlustgefühlen) zu erzielen (Dosissteigerung). Dabei wird das Arbeitsverhalten nicht nur quantitativ ausgedehnt (mehr Arbeitsstunden), sondern auch qualitativ kommt es zu Veränderungen. So neigen viele Arbeitssüchtige dazu, sich auch um Arbeiten zu kümmern, für die sie gar nicht oder auch zu gut qualifiziert sind. Es treten weiterhin psychosoziale und/oder psychoreaktive Störungen auf.

12.2 Arbeitssucht – Messinstrumente und empirische Befunde

Da es in der wissenschaftlichen Literatur unterschiedliche Auffassungen darüber gibt, ob es sich bei Arbeitssucht um eine Einstellung, ein Persönlichkeitsmerkmal, einen Verhaltensstil, einen Zwang, eine Spielart des aus der Erforschung der Ursachen für Herz-Kreislauf-Erkrankungen bekannten Typ-A-Verhaltens[47] oder um eine Sucht handelt, sind die Instrumente zur Erfassung der Arbeitssucht sowohl von ihrer theoretischen Herleitung als auch von ihrer inhaltlichen Umsetzung her sehr unterschiedlich. Poppelreuter (1996, 1997) konzipierte einen insgesamt 265 Items umfassenden Fragebogen, der 12 Bereiche umfasste:

1) quantitative Merkmale des Arbeits- und Freizeitverhaltens
2) Bedeutung/Zentralität der Arbeit
3) emotionale Haltung gegenüber der Arbeit
4) Freizeitgestaltung und Freizeiterleben
5) Typ-A-Verhalten

47 Das Typ-A-Verhalten ist charakterisiert durch Ungeduld und Ruhelosigkeit, Ehrgeiz, Wettbewerbsstreben sowie Ärger und Feindseligkeit, die auch unterdrückt sein können. Es handelt sich um einen wichtigen Erklärungsfaktor im Hinblick auf die Entstehung und die Folgen von kardiovaskulären Erkrankungen (vgl. Friedman/Rosenman, 1959).

6) Merkmale süchtigen Verhaltens
7) Leistungsanforderungen und perfektionistische Ansprüche
8) Beurteilung zentraler Inhalte der protestantischen Arbeitsethik (in deren Rahmen Arbeit, Leistung, Pflichterfüllung und Disziplin als hochangesehene Tugenden gelten)
9) Delegationsverhalten
10) Zwanghaftigkeit und zwanghaftes Verhalten (aber nicht im Sinne einer klinisch relevanten Zwangsstörung, sondern im Sinne einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung)
11) interpersonelle Beziehungen (allgemeiner Sozialkontakt, Partnerschaft)
12) Gesundheitsbeschwerden und gesundheitsbezogenes Verhalten

Im Rahmen der Erfassung von Unterschieden in den Einstellungen und Verhaltensweisen von Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen (zur näheren Beschreibung des Vorgehens bei der Stichprobengewinnung und -kategorisierung vgl. Poppelreuter, 1996) fanden sich folgende Ergebnisse:

- Arbeitssüchtige sind nach ihrer subjektiven Einschätzung einer quantitativ höheren Arbeitsbelastung ausgesetzt als Nicht-Arbeitssüchtige. Arbeitssüchtige verfügen über weniger Freizeit und weniger arbeitsfreie Tage als Nicht-Arbeitssüchtige, sie arbeiten häufiger nachts durch und weisen eine arbeitszentrierte Hobby- und Urlaubsgestaltung auf.
- Die Bedeutung/Zentralität der Arbeit im eigenen Leben wird von Arbeitssüchtigen höher eingeschätzt als von Nicht-Arbeitssüchtigen. Überraschenderweise schätzen Arbeitssüchtige jedoch die Wichtigkeit der Arbeit für die Erreichung zentraler Lebensziele geringer ein als Nicht-Arbeitssüchtige.
- Arbeitssüchtige haben eine deutlich negativere Haltung gegenüber ihrer Arbeit als Nicht-Arbeitssüchtige. Sie sind signifikant unzufriedener mit ihrer Arbeit, sie sind im Hinblick auf ihren Beruf/ihre Arbeitsstelle eher wechselbereit, resignativer und gestresster als Nicht-Arbeitssüchtige.
- Ein auch in der Freizeit feststellbares ausgeprägtes Bedürfnis der Arbeitssüchtigen nach Kontrolle, Planung und Struktur macht es ihnen unmöglich, „abzu-

schalten". Arbeitssüchtige erleben sich selbst bzgl. ihrer Freizeit als „genussunfähig", in ihrem Leben liegt ein unbalanciertes Verhältnis von Anspannung und Entspannung vor.

- Nach ihrer subjektiven Einschätzung weisen Arbeitssüchtige in ausgeprägterem Maße Typ-A-Verhaltensmuster auf als Nicht-Arbeitssüchtige.
- Generelle Merkmale süchtigen Verhaltens, die sich auch in Bezug auf andere Suchtformen feststellen lassen, schreiben sich Arbeitssüchtige in viel stärkerem Maße selbst zu als Nicht-Arbeitssüchtige. Arbeitssüchtige berichten über Entzugserscheinungen, wenn sie nicht arbeiten, sie beobachten bewusst selbstschädigende Verhaltensmuster an sich selbst. Weiterhin berichten sie über den Verlust der Kontrolle über das eigene Arbeitsverhalten, die Interessenabsorption sowie die Funktionalisierung der Arbeit zur Abschottung bzw. zur Verdrängung unangenehmer Gefühle und Gedanken.
- Arbeitssüchtige beschreiben sich selbst als übermäßig perfektionistisch. Gleichzeitig neigen sie viel stärker als Nicht-Arbeitssüchtige zu immens hohen Leistungsanforderungen an die eigene Person sowie zu unrealistischen Zielsetzungen.
- Teamarbeit wird von den Arbeitssüchtigen gemieden. Sie vertrauen nicht auf die Arbeitserledigung durch Kollegen und/oder Mitarbeiter, sie neigen zum „Einzelkämpferdasein".
- Arbeitssüchtige sind im Vergleich zu Nicht-Arbeitssüchtigen in zweierlei Hinsicht als zwanghaft zu bezeichnen: Sie beobachten zum einen an sich selbst einen massiven Zwang zu arbeiten. Zum anderen sticht bei ihnen auch eine zwanghafte Gestaltung der Arbeitsabläufe mit deutlichen Hinweisen auf ausgeprägte Rigidität und Kontrollmotivation ins Auge.
- Die interpersonellen Beziehungen von Arbeitssüchtigen sind arbeitsbedingt in stärkerem Maße beeinträchtigt als die der Nicht-Arbeitssüchtigen. Dies gilt sowohl für allgemeine Sozialkontakte als auch für den Bereich Partnerschaft/Familie.
- Gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen (Alkohol-, Nikotin-, Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel) werden von den befragten Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen nicht in signifikant unterschiedlichem Maß prak-

tiziert. Allerdings berichten die Arbeitssüchtigen über vergleichsweise viel stärkere gesundheitliche Beschwerden und über häufigere Krankenhaus- und Kuraufenthalte als die Nicht-Arbeitssüchtigen.

Lediglich hinsichtlich der Beurteilung der zentralen Inhalte der protestantischen Arbeitsethik fanden sich *keine* signifikanten Unterschiede in den Antwortmustern von Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen, sodass von den 12 hypothetisierten Unterschieden in den Antwortmustern der beiden Untersuchungsstichproben 11 empirisch bestätigt werden konnten (vgl. Poppelreuter, 1996). Letztlich sprechen die Ergebnisse dafür, dass Arbeitssucht Anteile fast aller untersuchter Variablen aufweist: Sie ist Einstellung, ein Persönlichkeitsmerkmal und ein Verhaltensstil. Sie hat Merkmale eines Zwangs, ist eine Spielart des Typ-A-Verhaltens und weist zudem erhebliche Querbezüge zu typisch süchtigen Einstellungen und Verhaltensweisen auf.

Städele (2008) untersuchte die gesundheitlichen und psychischen Beeinträchtigungen, die mit Arbeitssucht einhergehen, und das komorbide Auftreten von Arbeitssucht und einem sorgfältigen Persönlichkeitsstil bzw. einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Außerdem wurde erforscht, ob es demografische Unterschiede zwischen arbeitssüchtigen und nicht arbeitssüchtigen Personen gibt, die ein Individuum für Arbeitssucht prädisponieren, und ob Arbeitssüchtige ihre Zeit anders für verschiedene Tätigkeiten einsetzen als Nicht-Arbeitssüchtige.

Im Rahmen der Studie von Städele (2008) wurden 466 Personen online zu verschiedenen Aspekten befragt: die Einstellung zur Arbeit, die eigene Persönlichkeit, die Gesundheit, die Zufriedenheit mit verschiedenen Lebensbereichen und einzelne demografische Angaben. Die Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen wurden anhand eines künstlichen Kriteriums identifiziert, indem aus den 20 Items der „Skala für Arbeitssucht" (Schneider/Bühler, 2001) für jeden Studienteilnehmer ein standardisierter Score ermittelt wurde, anhand dessen Extremgruppen gebildet wurden. Die 25 % der Befragten, die die höchsten Werte auf dieser Skala erreichten, gehörten zu der Gruppe der Arbeitssüchten (111 Personen). Diejenigen 25 %, die die niedrigsten Werte erzielten, kamen in die Gruppe der Nicht-Arbeitssüchtigen (121 Personen). Beide Gruppen wurden miteinander verglichen und die Gruppenunterschiede mit nicht parametrischen Verfahren analysiert.

Die Ergebnisse zeigen, dass Arbeitssüchtige im Vergleich zu Nicht-Arbeitssüchtigen bedeutend mehr über körperliche Beschwerden klagen. In der Gruppe der Ar-

beitssüchtigen berichten 40 % von Herz- und 54 % von Gliederschmerzen. 43 % der Arbeitssüchtigen leiden unter Magenbeschwerden und 58 % unter einer generellen Erschöpfung (z. B. Müdigkeit, Schwächegefühl). In allen Aspekten können die arbeitssüchtigen Befragten in einem stärkeren Maße der gesundheitlich schwer belasteten Gruppe zugeordnet werden, während die Nicht-Arbeitssüchtigen eher zur unbelasteten oder mittelmäßig belasteten Gruppe gehören. Die Gruppenunterschiede sind statistisch hoch signifikant. Auch wenn keine kausalen Zusammenhänge nachgewiesen werden können, so zeigt sich, dass Arbeitssucht in erhöhtem Maße mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen einhergeht.

Arbeitssucht steht allerdings nicht nur mit gesundheitlichen, sondern auch mit psychischen Beeinträchtigungen in Zusammenhang. Dies wurde indirekt über die Zufriedenheit der Befragten mit verschiedenen Lebensbereichen ermittelt: Arbeit und Beruf, Gesundheit, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den Kindern, Beziehung zu Freunden und Verwandten. Statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen zeigen sich bei fast allen Bereichen, denn die Arbeitssüchtigen sind mit nahezu allen abgefragten Aspekten unzufriedener als Nicht-Arbeitssüchtige. Einzig und allein die Beziehung zu den eigenen Kindern nehmen Arbeitssüchtige genauso zufriedenstellend wahr wie Nicht-Arbeitssüchtige. Dieses Ergebnis muss jedoch vorsichtig interpretiert werden, da es sich um eine methodische Verzerrung handeln könnte, weil die Stichprobe für eine Generalisierung klein war: Nur 20 Arbeitssüchtige und 34 Nicht-Arbeitssüchtige mit Kindern gingen in den Vergleich ein.

Weitere signifikante Gruppenunterschiede wurden im Bereich des sorgfältigen Persönlichkeitsstils und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung gefunden. Das vermehrte komorbide Auftreten eines sorgfältigen Persönlichkeitsstils und der zwanghaften Persönlichkeitsstörung mit Arbeitssucht konnte nachgewiesen werden. Bei der zwanghaften Persönlichkeitsstörung handelt es sich um ein „tiefgreifendes Muster von starker Beschäftigung mit Ordnung, Perfektion und psychischer sowie zwischenmenschlicher Kontrolle auf Kosten von Flexibilität, Aufgeschlossenheit und Effizienz“ (Saß et al., 2003, S. 263). Persönlichkeitsstörungen sind extreme, unangemessene Ausprägungen moderater Persönlichkeitsstile (vgl. Sachse, 2006). In diesem Fall ist die zwanghafte Persönlichkeitsstörung als klinisch bedeutsame Ausprägung des sorgfältigen Persönlichkeitsstils zu verstehen.

Es gibt starke phänomenologische Überschneidungen zwischen den Erscheinungsbildern der zwanghaften Persönlichkeitsstörung und der Arbeitssucht. Beiden

Störungsbildern gemeinsam ist der starke Hang zum Perfektionismus. Die extrem ausgeprägte perfektionistische Grundeinstellung hindert den Betroffenen an einer angemessenen Aufgabenerfüllung, weil ihm seine hohen Ansprüche im Weg stehen. Bei beiden Störungen liegt eine Vorliebe für Ordnung und Organisation vor, was durch eine übermäßige Beschäftigung mit Regeln und Details, rigide Verhaltensweisen und eine akribische Terminplanung zum Ausdruck kommt. Diese Auffälligkeiten führen dazu, dass Betroffene ungern mit anderen Menschen zu tun haben bzw. zusammenarbeiten, nur widerwillig Aufgaben an Kollegen delegieren und grundsätzlich auf der eigenen Arbeitsweise beharren. Damit einher geht die Vernachlässigung von Freizeitaktivitäten, weil nur Tätigkeiten, die mit Leistung verbunden sind, einen Wert haben, sodass sie zu Aufgaben mit einem ernstzunehmenden Leistungscharakter umfunktioniert werden. Diese deskriptiven Ähnlichkeiten zwischen beiden Störungsbildern werden durch die signifikanten Ergebnisse der Studie von Städele (2008) bestätigt. Ein Drittel der Arbeitssüchtigen kann der Gruppe der zwanghaften Persönlichkeitsstörung zugeordnet werden und mehr als die Hälfte befindet sich in der Gruppe mit der mittelmäßigen Ausprägung eines sorgfältigen Persönlichkeitsstils. Im Vergleich dazu befinden sich 41 % der Nicht-Arbeitssüchtigen in der Gruppe mit der geringen Ausprägung des sorgfältigen Persönlichkeitsstils. Die Gruppenbildung erfolgte durch die Aufteilung der Stichprobe in Quartile anhand der im Verfahren „Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar“ (Kuhl/Kazén, 1997) erreichten Werte auf der Skala ‚sorgfältiger Stil und zwanghafte Persönlichkeitsstörung‘. Für die Diagnose von Arbeitssucht bedeutet dies, dass zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale zuverlässiger für eine Diagnose sind als z. B. die quantitative Stundenanzahl für Erwerbsarbeit pro Woche. Für Therapiemaßnahmen sind die Ergebnisse dahingehend relevant, dass nicht nur die Suchtaspekte der Arbeitssucht Berücksichtigung finden müssen, sondern dass ebenfalls die für die zwanghafte Persönlichkeitsstörung existierenden Programme helfen können. So sollte z. B. an der perfektionistischen Grundeinstellung gearbeitet und die sozialen Kompetenzen sollten gefördert werden. Auch das erhöhte Depressionsrisiko muss bei der Behandlung berücksichtigt werden. Nicht umsonst betonen Wissenschaftler immer wieder, dass Arbeitssucht eine Störung mit tödlichen Folgen sein kann (vgl. z. B. Poppelreuter, 2007).

In der Untersuchung zeigen sich keine bedeutsamen Unterschiede zwischen Arbeitssüchtigen und Nicht-Arbeitssüchtigen hinsichtlich verschiedener demografischer Variablen (z. B. Alter, Geschlecht, Familienstand, Bildungsstatus) (vgl. Städele,

2008). Daraus ist zu schließen, dass es keine spezifischen Merkmale gibt, die ein arbeitssüchtiges Individuum in besonderem Maße kennzeichnen. Daher kann Arbeitssucht auch nicht als Managerkrankheit oder das „Leiden der Leitenden" (Gross, 2003, S. 124) gelten, weil ebenso Hausfrauen, Rentner und Studenten arbeitssüchtig sein können. Demnach handelt es sich bei der Arbeitssucht um ein universelles Problem, das jeden gleichermaßen treffen kann.

Allerdings unterscheiden sich arbeitssüchtige von nicht arbeitssüchtigen Personen in der Art, wie sie ihre zur Verfügung stehende Zeit an einem Tag für verschiedene Tätigkeiten verwenden. Arbeitssüchtige unterscheiden sich sowohl in ihrem Arbeits-, als auch in ihrem Freizeit- und Schlafverhalten von Nicht-Arbeitssüchtigen. An einem durchschnittlichen Arbeitstag wenden Arbeitssüchtige ca. 1,5 Stunden mehr für Arbeit und sonstige Verpflichtungen auf als Nicht-Arbeitssüchtige. Dadurch bleibt ihnen weniger Zeit für Freizeitaktivitäten und Schlaf. Ähnliche Ergebnisse zeigen sich für arbeitsfreie Tage, nur dass Arbeitssüchtige und Nicht-Arbeitssüchtige in gleichem Maße an einem freien Tag schlafen. Die statistisch signifikanten Gruppenunterschiede verdeutlichen, dass Arbeitssüchtige sich auch in ihrer vermeintlichen Freizeit mit Zusatzaktivitäten eindecken, weil sie z. B. ansonsten aufgrund des Nichts-Tuns unter Schuldgefühlen leiden oder sogar Entzugssymptome entwickeln können (vgl. Städele, 2008). Diese Ergebnisse sind dahingehend wichtig, dass bisher Arbeitssucht immer als eine Störung gesehen wurde, die sich vor allem in der Erwerbsarbeit zeigt. Allerdings macht Arbeitssucht nicht vor der Haustür Halt, sondern beeinflusst genauso das Freizeit- und Privatleben. Arbeit muss demnach umfassender als reine Erwerbsarbeit verstanden werden.

Als Fazit aus den theoretischen und empirischen Ausführungen bleibt festzuhalten, dass Arbeitssucht eine unter Umständen tödlich verlaufende Störung ist, die oftmals unerkannt bleibt und massive Auswirkungen sowohl auf das betroffene Individuum selbst als auch auf dessen unmittelbares Umfeld hat. Daher besteht ein dringender wissenschaftlicher, aber auch gesellschaftspolitischer Handlungsbedarf.

Instrumente aus dem englischsprachigen Raum wie die Workaholism Battery (WorkBAT; vgl. Spence/Robbins, 1992), der Work Addiction Risk Test (WART; vgl. Robinson, 2007) oder die Dutch Work Addiction Scale (DUWAS; vgl. Schaufeli et al., 2009) konzeptualisieren Arbeitssucht entweder als Einstellung oder als obsessiv-zwanghaftes Verhalten oder als Spielart des Typ-A-Verhaltensmusters. Die kürzlich

entwickelte Bergen Work Addiction Scale (BWAS; vgl. Andreassen et al., 2012) betrachtet Arbeitssucht als eine Verhaltenssucht.

12.3 Wie viele sind betroffen? Das Problem der Prävalenzaussage bei Arbeitssucht

Eine der beliebtesten – und auch berechtigten – Fragen, wenn man über Krankheiten, psychische Auffälligkeiten oder Abweichungen spricht, ist die nach der Häufigkeit des Vorkommens. Wie viele Menschen sind betroffen, z. B. von Krebserkrankungen, von Gedächtnisproblemen und eben auch von Symptomatiken wie der Arbeitssucht? Eine Auffälligkeit gilt dabei umso gravierender, je mehr Menschen damit zu tun haben. Eine genaue Bestimmung der Prävalenz von Arbeitssucht in der deutschen Bevölkerung wird durch ihre unterschiedlichen Operationalisierungen, die verschiedenen definitorischen Merkmale und die uneinheitlich verwendeten Messinstrumente erschwert. Wie soll man aber angeben, wie viele Menschen von einer Problematik betroffen sind, wenn man noch nicht einmal einig darüber ist, wodurch sich die Problematik genau kennzeichnen und feststellen lässt?

Andreassen et al. (2014) betonen, dass die in empirischen Studien ermittelten Prävalenzzahlen bezüglich der Arbeitssucht einerseits in starkem Maße von den untersuchten Stichproben abhängig sind und andererseits das verwendete Erhebungsinstrument eine wichtige Rolle spielt. Die ermittelten Prävalenzzahlen variieren daher auch stark und schwanken zwischen 8 % und 23 %. Andreassen et al. (2014) untersuchten eine 1.124 Personen umfassende repräsentative Stichprobe norwegischer Arbeitnehmer mit der Bergen Work Addiction Scale (BWAS). Sie ermittelten eine Prävalenzrate von 8,3 %.

Eine Studie von Windholz (1997; vgl. auch Poppelreuter/Windholz, 2001) kommt zu dem Ergebnis, dass – legt man die von Poppelreuter (1996, 1997) definierten Kriterien zur Diagnose von Arbeitssucht an – ca. 13 % der untersuchten Mitarbeiter (N = 185) zweier großer deutscher Industrieunternehmen als zumindest arbeitssuchtgefährdet gelten können. Dies würde bedeuten, dass ungefähr jeder siebte Mitarbeiter von der Arbeitssuchtproblematik betroffen oder zumindest gefährdet ist, eine solche Problematik zu entwickeln. Wolf und Meins (2004) stellten im Rahmen ihrer Studie im Großraum Bremen fest, dass deutliche Hinweise auf die Existenz von Ar-

beitssucht insbesondere auf den höheren Hierarchieebenen in Betrieben vorliegen und dass die Verbreitung der Arbeitssucht vereinzelte Fälle deutlich übersteigt.

Matthey (2011) untersuchte mithilfe der „Skala für Arbeitssucht“ (vgl. Schneider/Bühler, 2001) die Verbreitung von Arbeitssucht in der Berufsgruppe der Journalisten. In einer (nicht repräsentativen) Onlinebefragung bei 231 Journalisten ermittelte sie, dass Journalisten überdurchschnittlich stark von Arbeitssucht betroffen sind. Während die durchschnittliche Anzahl der Ja-Antworten bei der Skala für Arbeitssucht (vgl. Schneider/Bühler, 2001) 5,8 beträgt (bundesdeutsche Allgemeinbevölkerung), liegt der entsprechende Wert bei den Journalisten bei 8,9. 70 % der befragten Journalisten haben überdurchschnittliche Arbeitssuchtwerte. Je jünger die Befragten sind und je weniger Berufserfahrung sie haben, umso stärker ist die Arbeitssucht ausgeprägt. In der Tendenz sind zudem in der Berufsgruppe der Journalisten eher Frauen und eher Freiberufler von Arbeitssucht betroffen.

12.4 Warum Arbeitssucht den Unternehmen schadet

Bislang wurde implizit angenommen, dass es sinnvoll und notwendig ist, etwas gegen das exzessive Vielarbeiten zu unternehmen. Diese Annahme erscheint angesichts der aktuellen Situation überraschend, denn Überstunden und Mehrarbeit belegen es: Vielarbeit ist „in“. In Zeiten, in denen wegen hoher Personalnebenkosten mit immer weniger Arbeitskräften immer mehr Produktivität erzielt werden soll, ist es nicht verwunderlich, dass die Unternehmen und Organisationen bislang für das Thema „Arbeitssucht“ kaum sensibilisiert sind. Generell ist das Bewusstsein für die Arbeitssuchtproblematik in der Mehrzahl der Unternehmen noch sehr gering (vgl. Wolf/Meins, 2003). Vielmehr erscheint es angesichts der zunehmenden Dynaxität (vgl. Kastner et al., 2001) geradezu unausweichlich, dass (viel) mehr und (viel) intensiver gearbeitet wird als in der Vergangenheit.

Viele Unternehmen sind nicht nur unsensibel gegenüber dem Phänomen Arbeitssucht, vielmehr scheinen sie offensichtlich immer noch daran zu glauben, dass der Vielarbeiter *gleichzeitig* immer auch ein „guter“ Arbeiter ist. Dass dies keineswegs generell angenommen werden kann, haben zahlreiche psychologische Forschungsarbeiten eindrucksvoll unter Beweis stellen können. Arbeitszeit und Arbeitsoutput stehen eben nicht in einem linearen Verhältnis zueinander, und schon gar nicht in einem exponentiellen, wie manche Arbeitssüchtige eigenen Angaben zufolge manchmal zu

denken geneigt sind. Arbeitssucht schadet nicht nur dem Betroffenen, sondern auch und gerade dem Unternehmen, für das er arbeitet (z. B. durch Fehlzeiten oder Konflikte am Arbeitsplatz). Arbeitssucht kann in anderer Hinsicht für ein Unternehmen problematisch werden. Galperin und Burke (2006) wiesen beispielsweise erstmals einen Zusammenhang zwischen Arbeitssucht und devianten Verhaltensweisen am Arbeitsplatz nach: Manche Arbeitssuchttypen zeigen gehäuft Verhaltensweisen, die dem Unternehmen sowohl direkt (z. B. Diebstahl) als auch indirekt (z. B. keine kreativen, innovativen Problemlösungen) schaden. Unternehmen täten also gut daran, arbeitssüchtige Verhaltensmuster ihrer Mitarbeiter frühzeitig zu erkennen und entsprechende Gegenmaßnahmen zu ergreifen. So sind die Gründe dafür, eine arbeitssüchtige Belegschaft zu vermeiden, vielfältig (vgl. Steinmann et al., 1984):

- Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf die Aufgabenerfüllung (betroffene Mitarbeiter halten sich nicht an Arbeitsteilungen und Kompetenzzuweisungen, sie mischen sich in alles ein, glauben, alles besser zu können).
- Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf das Interaktionsverhalten (betroffene Mitarbeiter werden zunehmend kommunikationsunfähig, sie ziehen sich zurück, als Vorgesetzte überfordern sie ihre Mitarbeiter, sie delegieren nicht).
- Arbeitssucht hat einen negativen Einfluss auf die individuelle Leistungsfähigkeit (der problematische Arbeitsstil führt mit fortschreitender Zeit zu physischen und psychischen Auffälligkeiten, die krankheitsbedingte Abwesenheit nimmt zu, längere Arbeitsunfähigkeit und/oder Frühinvalidität droht).

Meißner (2005) gibt in ihrer Studie einen umfassenden Überblick auf die durch Arbeitssucht entstehenden Personal- sowie betriebswirtschaftlichen Risiken, z. B. Engpass-, Austritts-, Anpassungs- und Motivationsrisiken. Diese Aspekte betreffen insbesondere die Effizienz arbeitssüchtiger Arbeitnehmer, die nur auf den ersten Blick hoch ist.

12.5 Was kann ein Unternehmen gegen Arbeitssucht tun?

Zunächst ist es wichtig, arbeitssuchtgefährdete Mitarbeiter zu erkennen. Die Grenzen zwischen positivem Engagement, überdurchschnittlichem Einsatz und arbeitssüchtigem Verhalten sind fließend. Wer ist aktiv, tüchtig, wirklich zufrieden und ausgegli-

chen, und wer schadet seiner Gesundheit? Bei genauerer Betrachtung erkennt man Arbeitssüchtige daran, dass ihr Leben auffällig einseitig auf die Arbeit ausgerichtet ist.

Oft sind Arbeitssüchtige sehr wichtige, langjährige Mitarbeiter in einem Unternehmen. Sie haben meist größere Projekte entscheidend geprägt, Kontakte zu den bedeutendsten Kunden, wichtiges Know-how und sich geradezu „unentbehrlich" gemacht. Oft macht es gerade ihre spezielle Stellung und/oder ihr ausweichendes, das Problem verleugnende Verhalten noch schwerer, sie auf Probleme anzusprechen. Dennoch ist es sehr wichtig, das arbeitssüchtige Verhalten zu thematisieren. Dabei sind Vorgesetzte oder Personalverantwortliche aber keine Therapeuten. Sie sollten weder eine Diagnose stellen, noch eine Therapie durchführen.

Wie sollten Vorgesetzte, ggf. aber auch Kollegen, die Betroffenen ansprechen? Wenn ein direktes Ansprechen nicht angezeigt oder möglich erscheint, sollte man beispielsweise versuchen, Gesprächsthemen vermehrt auf die Freizeit, Gesundheit, Erholung und das Wohlbefinden zu lenken. Wenn Vorgesetzte oder Kollegen von eigenen Freizeitaktivitäten berichten, setzen sie ein Signal, dass auch und gerade solche Lebensbereiche bedeutsam sind und im Arbeitsumfeld eine Berechtigung haben.

Wohl kaum gegen ein anderes Gesetz als gegen das Arbeitszeitgesetz wird in deutschen Unternehmen öfter verstoßen. Daher kommt es sehr auf das Vorbildverhalten der Führungskräfte, aber auch auf die allgemeine Unternehmenskultur an, wenn man eine Atmosphäre der Wertschätzung von Arbeitseinsatz und -engagement einerseits, aber auch von „Work-Life-Balance" andererseits schaffen möchte. Es sollte darauf geachtet werden, dass genügend echte Pausen gemacht werden, rechtzeitig in den Feierabend gegangen wird, Urlaub tatsächlich genommen wird und Überstunden nicht überhand nehmen.

Sollte man es mit einem Betroffenen am Arbeitsplatz zu tun haben, kommt bei der Genesung von Arbeitssucht dem Arbeitsumfeld eine sehr wichtige Rolle zu. Denn Arbeitgeber, Vorgesetzte und Mitarbeitende haben das „Ausleben von Arbeitssucht" in der einen oder anderen Form ermöglicht und unterstützt, z. B. indem sie sich dem arbeitssüchtigen Verhalten angepasst, es belohnt oder über unangemessenes Verhalten hinweggesehen haben.

Für Betroffene ist es unter Umständen einfacher, von einem anderen Mitarbeiter auf das Verhalten angesprochen zu werden als vom Vorgesetzten. Kollegen sollten den Betroffenen konkret thematisieren und klare Verhaltensaussagen machen (z. B.

„Du kommst als Erster und gehst als Letzter.“, „Du machst so viele Überstunden.“). Das Problem anzusprechen ist schwierig, aber sehr wichtig. Sollten Kollegen nichts erreichen können, kann das Gespräch mit dem Vorgesetzten sinnvoll sein.

Wichtig ist, dass sich Vorgesetze ebenso wie Kollegen selbst über die Problematik im Klaren sind und sinnvoll darauf reagieren können. Dazu gehört eine selbstkritische Reflexion. Wo hat man selbst arbeitssüchtige Tendenzen oder solche bei anderen gefördert? Wie kann die Situation am Arbeitsplatz baldmöglichst verbessert werden, auch im Sinne der Suchtprävention für die anderen Mitarbeiter? Was begünstigt Arbeitssucht und mit welchen Maßnahmen kann man entgegenwirken? Sind Arbeitsbelastung und Zeitdruck ethisch und gesundheitlich verantwortbar?

Unternehmen sollten deutlich, offen und klar kommunizieren, was gesundes Arbeitsverhalten ist. Dazu gehören beispielsweise Grundsätze wie:

- **Leistung braucht Erholung**: Mitarbeiter sollten dazu aufgefordert werden, statt vieler (unproduktiver) Überstunden zu produzieren, besser in den Feierabend zu gehen und am nächsten Tag erholt und mit frischen Kräften weiterzuarbeiten.
- **Keine Arbeit in die Freizeit nehmen**: Es sollte darauf geachtet werden, dass Arbeit nicht mit nach Hause, ins Wochenende oder in die Ferien mitgenommen wird.
- **Work-Life-Balance thematisieren**: Die Wichtigkeit der Work-Life-Balance ist zu betonen. Entsprechende Schulungen und Trainings bieten eine gute Möglichkeit, generelle Werte zu transportieren. Neben allgemeinen Schulungen sollten aber auch individuelle Reflexionen zu diesem Thema stattfinden, beispielsweise im Rahmen von Mitarbeitergesprächen oder Leistungsbeurteilungen.
- **Weiterbildung der Führungskräfte**: Unternehmen sollten Führungskräfte im Bereich Suchtprävention ausbilden. So können sie ihre Verantwortung gegenüber den Mitarbeitern wahrnehmen (Stichwort Fürsorgepflicht), problematisches Verhalten frühzeitig erkennen und auf geeignete Art rechtzeitig helfen. Damit sparen Unternehmen nicht zuletzt auch hohe Kosten durch Fehlzeiten, Fehler, innere oder reale Kündigungen und Unfälle ein.

- **Pausen einhalten**: Die Einhaltung von Pausen sollte immer wieder betont, überprüft und auch gefördert werden, z. B. durch die Einrichtung von Pausenräumen. Angebote für gesunde Ernährung und Bewegung bieten eine gute Ergänzung zur Verbesserung der Work-Life-Balance, auch am Arbeitsplatz.
- **Gutes Arbeitsklima**: Eine positive Stimmung und angstfreie Atmosphäre am Arbeitsplatz sind nicht nur generell suchtprotektiv, sondern spielen auch im Hinblick auf die Arbeitssuchtprävention eine wesentliche Rolle. So wird ein frühzeitiges Ansprechen von Fehlentwicklungen möglich. Überforderungsgefühle können artikuliert werden, ein „Hineinrutschen“ in die exzessive Vielarbeit durch eine zu hohe Arbeitsmenge, zu ambitionierte Ziele oder suboptimale Prozesse und Abläufe können eher vermieden werden.
- **Gesunde Arbeitsleistung**: Gerade in Zeiten zunehmenden Job Enrichments und Job Enlargements ist es wichtig, realistische und auch langfristig erfüllbare Vorstellungen davon zu haben, was Mitarbeiter an ihren Arbeitsplätzen schaffen können. Überforderungen begünstigen Produktivitätsverluste und Fehler. Die realistische Personalressourcenplanung gehört ebenso dazu wie ein Arbeitsklima, in dem man bei Überlastung auch „Nein“ sagen kann und darf.
- **Teamwork statt Einzelkämpfertum**: Einer der besten Schutzfaktoren, ein Abgleiten in die exzessive Vielarbeit zu vermeiden, ist die Förderung von Teamarbeit. In der heutigen Zeit von komplexer werdenden Arbeitsprozessen ist die Zusammenarbeit mehrerer Personen in Arbeitsgruppen, Projektgruppen oder Teams sowieso mehr und mehr die Regel. In einer Unternehmenskultur, in der kreative Teamarbeit mehr geschätzt wird als isolierte Alleingänge, kontrollieren und korrigieren sich Mitarbeiter fast wie von selbst.
- **Anreizsysteme hinterfragen**: Unternehmen sollten die bestehenden Anreizsysteme immer im Hinblick auf deren Gesundheitsförderlichkeit betrachten. Selbstverständlich sollen Anreizsysteme dazu beitragen, Engagement und Einsatzbereitschaft zu erhöhen. Wenn sie aber Selbstausbeutung und eine einseitige Prioritätensetzung begünstigen, ist ihr mittel- und langfristiger Wert kritisch zu bewerten. Vorgesetzte sollten in diesem Zusammenhang auch überprüfen, ob, wann und wie intensiv sie das Lob und die Anerkennung als Anreizsystem einsetzen. Wenn insbesondere Nacht-, Wochenend- oder

Urlaubsarbeit gelobt und hervorgehoben wird, findet sicherlich eine falsche Signalsetzung statt.

- **Unterstützen von Auszeiten**: Die vielfach schon beschriebene Änderung in der Arbeitsmoral der Generation Y[48] wird Unternehmen mehr und mehr dazu veranlassen, auch Angebote wie unbezahlten Urlaub, Auszeiten oder Sabbaticals anzubieten. Solche Angebote steigern nicht nur die Arbeitgeberattraktivität, sie sind auch eine hervorragende Möglichkeit, Mitarbeiter in ihrer Persönlichkeitsentwicklung zu fördern. Wie soll ein Unternehmen im globalen Wettbewerb reüssieren, wenn die Belegschaft keine globalen Erfahrungen hat?
- **Überstunden nicht auszahlen, echte Ferien machen**: Überstunden und Urlaubsansprüche sollten nicht ausbezahlt werden. Unternehmen sollten ihre Mitarbeiter dazu motivieren, Urlaubszeiträume von zusammenhängend mindestens zwei, besser noch drei Wochen zu nehmen.
- **Arbeitsanweisungen und Leitbilder kritisch hinterfragen**: Unternehmens-, Führungs-, Kunden- und Serviceleitbilder eines Unternehmens sind kritisch zu hinterfragen: Welche dort beschriebenen Haltungen/Erwartungen bedürfen einer realistischen Anpassung?
- **Vorbildfunktion der Führungskräfte**: Schließlich werden sich Mitarbeiter immer auch am Verhalten des eigenen Vorgesetzten orientieren. Diesem kommt somit eine Schlüsselfunktion zu, wenn es um die Work-Life-Balance geht.

12.6 Was kann der Einzelne gegen Arbeitssucht tun?

Ein Arbeitssüchtiger kann nur erfolgreich therapiert werden, wenn er die vielfältigen offenen und versteckten Beweggründe seines eigenen Verhaltens aufrichtig erkennt und annimmt. Ist jedoch eine erste Einsicht entstanden, dass mit dem eigenen Arbeitsverhalten etwas „nicht stimmt“ und man „etwas dagegen tun“ möchte, so sind gute Voraussetzungen zur Behebung der Problematik gegeben. Bei der Behandlung von Arbeitssucht ist es besonders schwierig, dass eine völlige Abstinenz vom Suchtmittel (wie bei der Alkoholismustherapie) unmöglich ist (vgl. Voigt, 2006), sondern dass eine angemessene Beziehung zur Arbeit gelernt werden muss (vgl. Meißner,

48 Als Generation Y (kurz Gen Y) wird in der Soziologie diejenige Bevölkerungskohorte bezeichnet, deren Mitglieder im Zeitraum von etwa 1990 bis 2010 zu den Teenagern zählten.

2005). Bislang gibt es keine spezifischen therapeutischen Interventionen oder gar spezielle Trainings zur Überwindung einer Arbeitssuchtproblematik. Die Aufnahme einer individual- oder gruppentherapeutischen Maßnahme oder der Besuch einer Selbsthilfegruppe für Personen mit Arbeitsstörungen dürfte jedoch in jedem Fall hilfreich und in den allermeisten Fällen auch unumgänglich sein, um sich der persönlichen Arbeitssuchtproblematik und insbesondere den dahinterstehenden Gründen und Ursachen anzunähern. Erst darauf aufbauend wird es dem einzelnen Betroffenen gelingen, zu einer Einstellungs- und Verhaltensänderung im Problembereich zu gelangen. Unterschiedliche therapeutische Schulen wenden dabei unterschiedliche Vorgehensweisen an. So versucht die kognitive Verhaltenstherapie insbesondere problematische Verhaltensmuster aufzudecken und ihre Frequenz, Intensität oder Nachhaltigkeit zu verändern. Tiefenpsychologische Ansätze hingegen zielen auf die Analyse und Rekonstruktion der Ursachen und biografischen Einflussvariablen auf die Entstehung und Beibehaltung des problematischen Verhaltens ab. Letztlich gilt es, wie bei jeder Therapiemaßnahme individuell und selbstverantwortlich zu prüfen, ob durch die angefragte Hilfe der Betroffene eigene Wünsche, Bedürfnisse und Zielsetzungen realisieren kann oder nicht. Die zunehmende Zahl von Selbsthilfegruppen für Arbeitssüchtige, aber auch die Spezialisierung von ambulant tätigen Psychotherapeuten und stationär arbeitenden Kliniken verdeutlichen, dass es einerseits offensichtlich sowohl eine Nachfrage nach solchen Leistungen, aber auch eine verstärkte Professionalisierung bei der Bewältigung der Arbeitssuchtproblematik gibt.

Literatur

Andreassen, C. S./Griffiths, M. D./Hetland, J. et al. (2014). *The prevalence of workaholism: A survey study in a nationally representative sample of norwegian employees*. PLoS ONE, 9 (8): e102446.

Andreassen, C. S./Griffiths, M. D./Hetland. J. et al. (2012). *Development of a work addiction scale*. Scandinavian Journal of Psychology, (53), S. 265–272.

Cherrington, D. J. (1980). *The work ethic: working values that work*. New York: Amacon.

Chevalier, A./Kaluza, G. (2015). *Indirekte Unternehmenssteuerung, selbstgefährdendes Verhalten und die Folgen für die Gesundheit*. Gesundheitsmonitor, Newsletter 1/2015. http://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/Projekte/17_Gesundheitsmonitor/Newsletter_Gesundheitsmonitor_selbstgefaehrdendes_Verhalten_20150316.pdf (13.05.2015).

DGB – Deutscher Gewerkschaftsbund (2012). *DGB-Index Gute Arbeit. Arbeitshetze – Arbeitsintensivierung – Entgrenzung*. Berlin: DGB.

Friedman, M./Rosenman, R. (1959). *Association of specific overt behaviour pattern with blood and cardiovascular findings*. Journal of the American Medical Association, (169), S. 1286–1296.

Forschner, M. (1997). *Arbeit*. In: Höffe, O. (Hrsg.): Lexikon der Ethik. München: Beck, S. 17–19.

Galperin, B. L./Burke, R. J. (2006). *Uncovering the relationship between workaholism and workplace destructive and constructive deviance: an exploratory study*. International Journal of Human Resource Management, 17 (2), S. 331–347.

Gebsattel, V. E., Frhr. v. (1954). *Prolegomena einer medizinischen Anthropologie*. Berlin: Springer.

Gross, W. (2003). *Sucht ohne Drogen – Arbeiten, Spielen, Essen, Lieben*. 4. überarb. Auflage, Frankfurt a. M.: Fischer Taschenbuch.

Grüsser, S. M./Thalemann, C. N. (2006). *Verhaltenssucht – Diagnostik, Therapie, Forschung*. Bern: Hans Huber.

Heide, H. (2003). *Arbeitsgesellschaft und Arbeitssucht – Die Abschaffung der Muße und ihre Wiederaneignung*. In: Heide, H. (Hrsg.): Massenphänomen Arbeitssucht. 2. Auflage, Bremen: Atlantik, S. 19–54.

Jahoda, M. (1981). *Work, Employment, and Unemployment – Values, Theories, and Approaches in Social Research*. American Psychologist, (36), S. 184–191.

Kastner, M./Kastner, B./Vogt, J. (2001). *Wachsende Dynaxität und das Beschäftigungskontinuum.* In: Kastner, M./Vogt, J. (Hrsg.): Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung. Lengerich: Pabst, S. 35–62.

Kuhl, J./Kazén, M. (1997). *Persönlichkeits-Stil- und Störungs-Inventar (PSSI) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Laubenthal, F. (1964). *Allgemeine Probleme um Missbrauch, Süchtigkeit und Sucht*. In: Laubenthal, F. (Hrsg.): Sucht und Missbrauch. Stuttgart: Thieme, S. 1–32.

Marx, K./Engels, F. (1962). *Die deutsche Ideologie. Kritik der neuesten deutschen Philosophie in ihren Repräsentanten Feuerbach, B. Sauer und Stirner, und des deutschen Sozialismus in seinen verschiedenen Propheten*. Erstmals erschienen 1845/46. Marx-Engels-Werke, Bd. 3, Berlin: Dietz, S. 9–580.

Matthey, L. (2011). *Süchtig nach Arbeit. Wenn der Kopf nie Redaktionsschluss hat. Eine empirische Untersuchung zu Ausmaß, Erscheinungsweisen und Ursachen von Arbeitssucht bei Journalisten.* Universität Dortmund: Diplomarbeit.

McMillan, L. H. W./O'Driscoll, M. P./Burke, R. L. (2003). *Workaholism: A review of theory, research, and future directions.* In: Cooper, C. L./Robertson, I. (Hrsg.): International Review of Industrial and Organizational Psychology. Chichester: Wiley, S. 167–189.

Meißner, U. E. (2005). *Die „Droge" Arbeit – Unternehmen als „Dealer" und als Risikoträger – Personalwirtschaftliche Risiken der Arbeitssucht*. Frankfurt a. M.: Peter Lang GmbH Europäischer Verlag der Wissenschaften.

Mentzel, G. (1979). *Über die Arbeitssucht*. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, (25), S. 115–127.

Oates, W. E. (1971). *Confessions of a workaholic*. New York: Abingdon.

Oates, W. E. (1968). *On Being a ‚Workaholic' (a serious jest)*. Pastoral Psychology, (19), S. 16–20.

Poppelreuter, S. (2013). *Kann denn Arbeit Sünde sein? – Von Überstunden und Überallstunden in der modernen Arbeitswelt*. In: Badura, B./Ducki, A./Schröder, H. et al. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2013 – Verdammt zum Erfolg – Die süchtige Arbeitsgesellschaft? Berlin: Wissenschaftliches Institut der AOK, S. 101–113.

Poppelreuter, S. (2010). *Arbeitssucht – Ätiologie, Diagnostik und Therapie*. InFo Neurologie & Psychiatrie, (9), S. 31–37.
Poppelreuter, S. (2007). *Arbeitssucht – Erholungsunfähigkeit – Pathologische Anwesenheit.* In: Weber, A./Hörmann, G. (Hrsg.): Psychosoziale Gesundheit im Beruf. Stuttgart: Gentner, S. 167–183.
Poppelreuter, S. (1997). *Arbeitssucht*. Weinheim: Beltz/Psychologie Verlags Union.
Poppelreuter, S. (1996). *Arbeitssucht – Integrative Analyse bisheriger Forschungsansätze und Ergebnisse einer empirischen Untersuchung zur Symptomatik*. Witterschlick/Bonn: Verlag M. Wehle.
Poppelreuter, S./Evers, C. (2000). *Arbeitssucht – Theorie und Empirie*. In: Poppelreuter, S./Gross, W. (Hrsg.): Nicht nur Drogen machen süchtig. Weinheim: Belz, S. 73–91.
Poppelreuter, S./Windholz, C. (2005). *Wer arbeitet, sündigt nicht? Arbeitssucht in Unternehmen erkennen, behandeln, vermeiden*. In: Gross, W. (Hrsg): Karriere(n) 2010 – Chancen, seelische Kosten und Risiken des beruflichen Aufstiegs im neuen Jahrtausend. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag, S. 113–129.
Poppelreuter, S./Windholz, C. (2001). *Arbeitssucht in Unternehmen – Formen, Folgen, Vorkehrungen*. Wirtschaftspsychologie, (4), S. 62–69.
Robinson, B. E. (2007). *Chained to the desk: A guidebook for workaholics, their partners and children, and the clinicans who treat them*. New York: New York University Press.
Robinson, B. E. (2000). *Wenn der Job zur Droge wird*. Düsseldorf: Walter.
Rohrlich, J. (1984). *Arbeit und Liebe*. 2. Auflage, Frankfurt a. M.: Fischer.
Sachse, R. (2006). *Persönlichkeitsstörungen verstehen – Zum Umgang mit schwierigen Klienten*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
Saß, H./Wittchen, H. U./Zaudig, M. et al. (2003). *Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
Schaper, N. (2011). *Arbeitsgestaltung in Produktion und Verwaltung*. In: Nerdinger, F. W./Blickle, G./Schaper, N. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie. 2. Auflage, Berlin/Heidelberg/New York: Springer, S. 349–367.
Schaufeli, W. B./Shimazu, A./Taris, T. W. (2009). *Being driven to work excessively hard. The evaluation of a two-factor measure of workaholism in the Netherlands and in Japan*. Cross Cultural research, (43), S. 320–348.
Schneider, C. (1999). *Skala für Arbeitssucht*. Universität Würzburg. Dissertation.
Schneider, C./Bühler, K. (2001). *Skala zur Erfassung von Arbeitssucht*. In: Glöckner-Rist, A. (Hrsg.): Zusammenstellung sozialwissenschaftlicher Items und Skalen. ZIS-Version 13.0. Bonn: GESIS.
Spence, J. T./Robbins, A. S. (1992). *Workaholism: definition, measurement, and preliminary results*. Journal of Personality Assessment, (58), S. 160–178.
Städele, M. (2008). *Die zwanghafte/anankastische Persönlichkeitsstörung und ihr Zusammenhang mit der Arbeitssucht*. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität, Bonn. Unveröffentlichte Diplomarbeit.
Steinmann, H./Richter, B./Großmann, S. (1984). *Arbeitssucht im Unternehmen. Diskussionsbeiträge des Lehrstuhls für Allgemeine BWL und Unternehmensführung an der Universität Erlangen-Nürnberg*. Erlangen-Nürnberg: Universität Erlangen-Nürnberg.
Taris, T. W./Schaufeli, W./Shimazu, A. (2010). *The push and pull of work: The difference between workaholism and work engagement.* In: Bakke, A. B./Leister, M. P. (Hrsg.): Work engagement: A handbook of essential theory and research. Hove: Psychologicl Press, S. 39–53.

Virtanen, M./Stansfeld, S. A./Fuhrer, R. et al. (2012). *Overtime Work as a Predictor of Major Depressive Episode: A 5-Year Follow-Up of the Whitehall II Study*. PLoS ONE, 7 (1): e30719.

Voigt, C. (2006). *Arbeitssucht. Persönlichkeitsmerkmale von Arbeitssüchtigen und prägende Rollenmodelle*. Saarbrücken: VDM Verlag Dr Müller.

Wacker, A. (1987). *Economic Animals – Zur Psychologie der Arbeitssucht*. Störfaktor, (1), S. 49–64.

Wehner, I. (2006). *„Arbeitssucht“, „Arbeitsphobie“ und „leisure sickness“ – eine Kritik an arbeitspsychologischen Pop-Konzepten*. In: Leidig, S./Limbacher, K./Zielke, M. (Hrsg.): Stress im Erwerbsleben: Perspektiven eines integrativen Gesundheitsmanagements. Lengerich: Pabst Science Publishers, S. 222–248.

Windholz, C. (1997). *Arbeitssucht – Theoretische Analyse und empirisch-psychologische Untersuchung unter besonderer Berücksichtigung von Selbstkonzept und Sozialer Erwünschtheit*. Universität Tübingen. Unveröffentlichte Diplomarbeit.

Wolf, S./Meins, S. (2004). *Stress und Arbeitssucht – Erste Einblicke in die betriebliche Realität aus der Region Bremen*. In: Heide, H./Washner, R. (Hrsg.): Forschungsberichte Nr. 1. Bremen: SEARI-Institut für sozialökonomische Handlungsforschung.

Wolf, S./Meins, S. (2003). *Betriebliche Konsequenzen der Arbeitssucht*. Arbeitspapier 72. Düsseldorf: Hans Böckler-Stiftung.

13 Pharmakologisches Neuroenhancement unter Erwerbstätigen: Epidemiologie und Ansatzpunkte für die betriebliche Prävention

SUSANNE HILDEBRANDT, JÖRG MARSCHALL

Pharmakologisches Neuroenhancement (Hirndoping) ist der Missbrauch verschreibungspflichtiger Medikamente mit der Absicht, die kognitive Leistungsfähigkeit zu steigern, das psychische Wohlbefinden zu verbessern oder Ängste und Nervosität abzubauen. Unter anderem werden hierzu Psychostimulanzien, Antidepressiva und Betablocker eingenommen. Der Beitrag berichtet zunächst aus epidemiologischer Perspektive über eine repräsentative Befragung von 5.017 Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren im Jahr 2014: Inklusive Dunkelziffer haben etwa 12 % der Erwerbstätigen wenigstens einmal in ihrem Leben Hirndoping betrieben. Die 12-Monatsprävalenz des regelmäßigen Gebrauchs beträgt 1,9 bis 3,4 %.
Die betriebliche Prävention von Hirndoping steht noch am Anfang. Dieser Beitrag soll durch Rückgriff auf die Befragungsergebnisse sowie auf die einschlägige Literatur zum Hirndoping zur Unterstützung der betrieblichen Prävention beitragen, indem drei Ansatzpunkte herausgearbeitet werden: Erstens sollten Erwerbstätige in ihrer Einschätzung bestärkt werden, dass die vermeintlich zum Neuroenhancement geeigneten Medikamente in konkreten beruflichen Situationen keinen Nutzen haben, gleichzeitig aber teils schwerwiegende Nebenwirkungen haben können. Zweitens sollen alternative Möglichkeiten zum Erhalt und zur Steigerung von geistiger Leistungsfähigkeit aufgezeigt werden und drittens soll gezeigt werden, wie betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung genutzt werden können, um Risikofaktoren für die Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement zurückzudrängen.

Jeder fünfte Wissenschaftler hat bereits verschreibungspflichtige Medikamente missbraucht um – ganz jenseits medizinischer Gründe – die Konzentration oder das Gedächtnis zu verbessern. Dies ist das Ergebnis einer Online-Umfrage der Zeitschrift Nature im Jahr 2008 (vgl. Maher, 2008, S. 674). Bis zu 35 % der Studierenden in den USA nahmen allein in den letzten 12 Monaten missbräuchlich ADHS-Medikamente. Zu diesem Ergebnis kommt ein systematisches Review entsprechender Studien von 1995 bis 2006 (vgl. Wilens et al., 2008, S. 21).

Parallel zur Veröffentlichung solcher Forschungsergebnisse zur Verbreitung von Hirndoping begann eine Debatte um Legitimität, Legalität, potenzielle Nutzen und Risiken von Hirndoping. Eine Gruppe US-amerikanischer Wissenschaftler veröffentlichte 2008 ein Positionspapier, in dem sie für einen verantwortlichen Gebrauch von Medikamenten zur Leistungssteigerung durch Gesunde plädieren. Die durch Medikamente verfügbaren Möglichkeiten, so ihr Standpunkt, seien zu begrüßen und könnten zu erheblichen Verbesserungen zum Wohle der Menschheit führen. Es sollte möglichst rasch Forschung zu Möglichkeiten, Nutzen und Risiken von leistungssteigernden Medikamenten unternommen werden (vgl. Greely et al., 2008). Auch eine deutsche Expertengruppen gilt – jedoch mit einer weitaus gemäßigteren Position als ihre amerikanischen Kollegen – als Befürworter von Hirndoping: Galert et al. (2009) wenden sich in einem Memorandum gegen die prinzipielle Vorabverurteilung von pharmakologischem Neuroenhancement. Zwar gebe es derzeit kein Mittel, das eine nachgewiesene Wirkung hinsichtlich Leistungssteigerung mit keinen oder vernachlässigbaren Nebenwirkungen verbindet, jedoch müsse man vorbereitet sein, wenn in näherer Zukunft solche Mittel zur Verfügung stünden und zu den verschiedenen rechtlichen und ethischen Aspekten eine Position entwickeln.

Tatsächlich handelt es sich bei den gerade genannten Daten und Positionen um eine sehr starke Überschätzung des Phänomens – zumindest was die Situation in Deutschland angeht. Die Mehrzahl der Studien zur Verbreitung von Hirndoping kommt zu weitaus geringeren Prävalenzen des Gebrauchs pharmakologischer Neuroenhancer sowohl unter Studierenden (vgl. Franke et al., 2011; Middendorff/Poskowsky, 2013; Middendorff et al., 2012)[49], als auch unter Erwerbstätigen bzw. bei bestimmten Berufsgruppen (vgl. IGES Institut, 2009; Krämer, 2010, 2011; Marschall et al., 2015; Schröder et al., 2015) als auch in der Allgemeinbevölkerung (vgl. RKI, 2011). Für eine ausführlichere kritische Durchsicht der Literatur sei auf Lieb (2010, S. 45–58) und auf Marschall et al. (2015, S. 39–47) verwiesen.

Auch die Positionen unter Experten sind zumindest in Deutschland keinesfalls befürwortend. Selbst die oft als Befürworter genannten Verfasser des Memorandums (Galert et al., 2009) nehmen lediglich kritisch die Gründe gegen die Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement unter die Lupe und fordern eine Verständi-

49 Abweichend ist hier Dietz et al. (2013) zu nennen, der mittels einer besonderen Technik zur Dunkelfelderfassung sehr viel höhere Prävalenzen ermittelt. Allerdings beschränkt sich die Studie nicht auf verschreibungspflichtige Medikamente, sondern schließt u. a. auch Koffeintabletten ein.

gung über den zukünftigen Umgang mit entsprechenden Mitteln, sofern es sie denn geben wird. Ansonsten sind die Expertenbeiträge aus Deutschland relativ klar ablehnend gegenüber Hirndoping (vgl. Gaßmann et al., 2013; Giesert/Wendt-Danigel, 2011; einzelne Beiträge in Hildt/Franke, 2013; Norman et al., 2010).

Dieser Beitrag konzentriert sich auf die Population der Erwerbstätigen und berichtet zunächst aus epidemiologischer Perspektive über eine repräsentative Befragung von 5.017 Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren im Jahr 2014, die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2015 mit Schwerpunktthema „Doping am Arbeitsplatz“ durch das IGES Institut konzipiert und ausgewertet wurde. Diese Ergebnisse werden daraufhin aus der Perspektive der Suchttherapie anhand von Fallbeispielen diskutiert und in einen breiteren Kontext des Missbrauchs, nicht nur von verschreibungspflichtigen Medikamenten, sondern auch von legalen und illegalen Drogen gestellt. Der Beitrag schließt mit einer Betrachtung der Möglichkeiten und Grenzen von Therapie und betrieblicher Prävention ab. Dem vorangestellt ist die Definition von pharmakologischem Neuroenhancement (Hirndoping).

13.1 Was ist pharmakologisches Neuroenhancement?

Pharmakologisches Neuroenhancement ist die Einnahme verschreibungspflichtiger Medikamente mit der Absicht, Hirnfunktionen wie Erinnern, Wachheit oder Konzentration zu steigern oder das psychische Wohlbefinden zu verbessern oder Ängste und Nervosität abzubauen (vgl. IGES Institut, 2009; Lieb, 2010, S. 16 f.). Wichtig bei dieser Definition ist, dass es um verschreibungspflichtige Medikamente geht (und nicht etwa um frei verkäufliche Präparate wie Ginkgo-Biloba-Extrakte oder Baldrianpräparate) und, dass die Einnahme nicht zur Therapie einer Krankheit, wie einer Aufmerksamkeitsdefizit- und Hyperaktivitätsstörung (ADHS) oder einer Depression erfolgt.

Da der Begriff Neuroenhancement, und erst Recht der Begriff Hirndoping, vor allem die Assoziation der Leistungssteigerung nahelegt, soll kurz ausgeführt werden, warum auch Ziele wie die Verbesserung des psychischen Wohlbefindens und der Abbau von Ängsten und Nervosität unter den Begriff des (pharmakologischen) Neuroenhancements fallen und warum sich Erwerbstätige hiervon bessere Leistungen am Arbeitsplatz erhoffen.

Unter **geistiger Leistungssteigerung** („Cognitive Enhancement“) ist konkreter eine Verbesserung der Konzentrationsfähigkeit, der Vigilanz, Lernfähigkeit und Wachheit sowie die Fähigkeit, mit weniger Schlaf auszukommen, zu verstehen (vgl. Hermet-Schleicher/Cosmar, 2014, S. 9; IGES Institut, 2009). Dass diese Fähigkeiten in den meisten Berufen hilfreich sind, versteht sich von selbst.

Die **Verbesserung des psychischen Wohlbefindens** („Mood Enhancement“) ist als pharmakologisches Neuroenhancement zu werten, insofern in vielen Tätigkeiten nicht nur eine gewisse kognitive Leistungsfähigkeit erforderlich ist, sondern auch Kompetenzen im Umgang mit Menschen bis hin zu einer ausdrücklichen Anforderung an Freundlichkeit, Einfühlungsvermögen, Charisma oder Begeisterungsfähigkeit. Beispiele hierfür sind die Tätigkeit von Flugbegleitern, Sozialarbeitern, Call-Center-Agenten, Verkäufern, aber auch von Führungskräften und in mehr oder weniger ausgeprägtem Maße in allen Tätigkeiten, in denen ein Kontakt mit anderen Menschen erforderlich ist. Wer hierbei in guter Stimmung ist, dem werden diese Tätigkeiten leichter von der Hand gehen. Medikamente zum „Mood Enhancement“ fallen demnach unter „Doping am Arbeitsplatz“.

Ähnliches gilt für das Ziel des **Abbaus von Ängsten und Nervosität.** Hiervon versprechen sich all jene einen Vorteil, die schüchtern oder ängstlich sind oder schnell in Aufregung geraten, wenn sie z. B. eine Rede halten müssen, vor Menschen auftreten oder eine ruhige Hand haben müssen. Ein typisches Beispiel hierfür, zumindest episodischer Evidenz zufolge, ist der des klassischen Musikers.

> „Es ist kein Geheimnis, dass vor allem unter den Musikern des klassischen Fachs der Gebrauch von Betablockern verbreitet ist“, schreibt Drösser (2009). „Diese Medikamente, eigentlich für Herzkranke gedacht, senken die Pulsfrequenz und den Blutdruck. Unter ihrer Wirkung absolvieren die Künstler ihre Auftritte, innerlich immer noch aufgewühlt, aber körperlich ruhiger.“

Die Definition des pharmakologischen Neuroenhancements verläuft also entlang der Kriterien (1) verschreibungspflichtige Medikamente, (2) ohne medizinische Notwendigkeit (durch Gesunde) mit den o. g. Zielen. Die hierfür eingesetzten Medikamente sind u. a.:

- pharmakologische **(Psycho-)Stimulanzien**, z. B. der zur Behandlung von ADHS eingesetzte Wirkstoff Methylphenidat oder Modafinil, zur Behandlung von Narkolepsie eingesetzt,

- Medikamente aus der Gruppe der **Antidementiva** (z. B. Memantin, Piracetam), die zur Behandlung der Alzheimer-Demenz bzw. von dementiellen Syndromen zugelassen sind (vgl. Franke/Lieb, 2010, S. 856; Hermet-Schleicher/Cosmar, 2014, S. 10),
- Medikamente aus der Gruppe der **Antidepressiva**,
- **Betablocker**
- sowie Berichten aus der Praxis zufolge auch **Benzodiazepine.**

13.2 Epidemiologie: Wie verbreitet ist pharmakologisches Neuroenhancement unter Erwerbstätigen?

Die folgenden Abschnitte berichten von einer Querschnittsstudie, die im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports 2015 durchgeführt wurde. Ziel ist es, zum einen die Prävalenz der Verwendung zu ermitteln, zum anderen mögliche Risikofaktoren aus der Arbeitswelt zu identifizieren. Dem vorangestellt sind die Beschreibung der Stichprobe und methodische Erläuterungen.

13.2.1 Methodik und Stichprobe der Befragung

Die hier präsentierten Ergebnisse basieren auf einer Befragung von 5.017 Erwerbstätigen. Um die Vergleichbarkeit zu einer Vorgängerbefragung im Jahr 2008 zu gewährleisten, wurden erneut Erwerbstätige im Alter von 20 bis 50 Jahren mit einem standardisierten Online-Fragebogen befragt. Zentrale Fragen wurden in gleicher oder sehr ähnlicher Weise gestellt, um die Antworten von 2008 mit den aktuellen vergleichen zu können. Durchgeführt wurde die Befragung von der forsa Politik- und Sozialforschung GmbH, die Befragten wurden aus dem forsa.omninet-Panel zufällig ausgewählt. Der Befragungszeitraum war vom 05. bis 24. November 2014.

Von den 10.213 angeschriebenen Erwerbstätigen beteiligten sich 5.017. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 49,1 %. Der Einladungstext nannte das genaue Thema (pharmakologisches Neuroenhancement) nicht, sondern sprach von einer Befragung zum Thema „persönliches Wohlbefinden“. Somit ist nicht davon auszugehen, dass es eine selektive Teilnahme dahingehend gab, dass nur besonders interessierte oder im Gegenteil besonders ablehnend eingestellte Erwerbstätige teilnahmen.

Diese Stichprobe wurde auf den Mikrozensus 2013 nach Region (West/Ost), Bildung (d. h. Schulabschluss) sowie Alter und Geschlecht gewichtet und ist demnach repräsentativ für die Grundgesamtheit der (abhängig beschäftigten und selbstständigen) Erwerbstätigen in Deutschland im Alter von 20 bis 50 Jahren – alle folgenden berichteten Ergebnisse basieren auf dieser gewichteten Stichprobe. Zu beachten ist, dass die Anzahl der Befragten von der Gesamtzahl 5.017 abweichen kann, und zwar immer dann, wenn nicht alle Befragten eine Frage beantwortet haben, oder wenn sich die Frage nur auf eine Teilgruppe der Befragten bezieht. Nur in Auswertungen, in denen die Zahl der fehlenden Antworten das normale Maß übersteigt und auf Probleme hindeutet, z. B. bei der Frageformulierung, ist dies gesondert angegeben.[50]

13.2.2 Prävalenz der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement unter Erwerbstätigen

Erwerbstätige im Alter von 20 bis 50 Jahren haben zu einem Anteil von 6,7 % bereits wenigstens einmal Medikamente missbraucht, um ihre kognitive Leistung zu steigern, ihre Stimmung zu verbessern oder Ängste und Nervosität abzubauen. Betrachtet man die beiden Ziele des Neuroenhancements im Einzelnen so ist Cognitive Enhancement gegenüber Mood Enhancement zu unterscheiden (unter Mood Enhancement soll im Folgenden auch Neuroenhancement mit dem Ziel des Abbaus von Ängsten und Nervosität subsumiert sein). Cognitive Enhancement, also solches zur Leistungssteigerung, haben 3,3 % der Erwerbstätigen wenigstens einmal im Leben betrieben, Mood Enhancement hingegen 4,7 % (vgl. Abb. 13.1). Dass die Summe aus dem Anteil Cognitive Enhancer und Mood Enhancer nicht den 6,7 % der Neuroenhancer insgesamt entspricht, zeigt, dass ein gewisser Anteil beide Formen betreibt.

Die 12-Monatsprävalenz ist demgegenüber geringer: 3,2 % sind aktuelle Verwender von pharmakologischem Neuroenhancement. 1,5 % haben in den letzten 12 Monaten Medikamente zur Leistungssteigerung missbraucht, 2,1 % solche zur Stimmungsverbesserung (vgl. Abb. 13.1).

50 Weiteres zur Methodik ist in Marschall et al. (2015, S. 55–62) dargelegt.

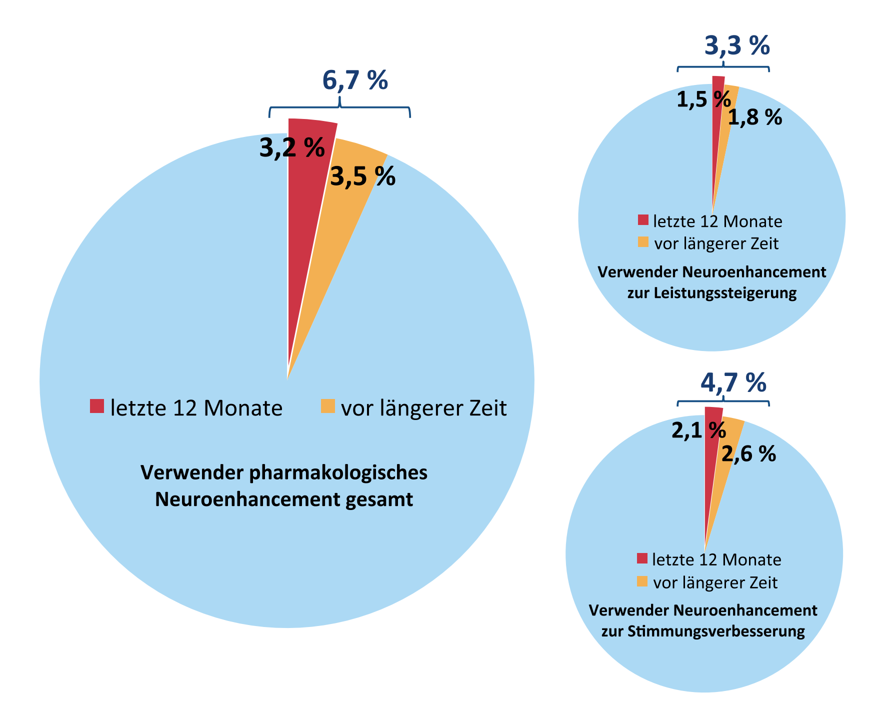


Abb. 13.1: Prävalenz der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement (12-Monats- und Lebenszeitprävalenz) unter Erwerbstätigen im Alter von 20 bis 50 Jahren (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (N = 4.989)

Männer verwenden zu etwa gleich hohen Anteilen pharmakologisches Neuroenhancement wie Frauen. In der Art des Enhancements unterscheiden sich jedoch die Geschlechter: Männer betreiben zu höheren Anteilen Hirndoping zur Leistungssteigerung, unter den Frauen findet sich demgegenüber ein größerer Verwenderanteil zum Mood Enhancement. Diese Regelmäßigkeiten zeigen sich sowohl bei Betrachtung der Lebenszeit- als auch der 12-Monatsprävalenz (vgl. Tab. 13.1).

Tab. 13.1: Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement von Erwerbstätigen nach Geschlecht und Art des Neuroenhancements (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (Männer: N = 2.644–2.652; Frauen: N = 2.327–2.337; gesamt: N = 4.971–4.989)

	Lebenszeitprävalenz			12-Monatsprävalenz		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement	6,7 %	6,5 %	6,9 %	3,2 %	3,4 %	3,0 %
Verwendung von Neuroenhancement zur Leistungssteigerung (Cognitive Enhancement)	3,3 %	4,0 %	2,5 %	1,5 %	2,0 %	0,9 %
Verwendung von Neuroenhancement zur Stimmungsverbesserung/ Abbau Ängste und Nervosität (Mood Enhancement)	4,7 %	4,1 %	5,5%	2,1 %	1,9 %	2,3 %

Unterschiede nach Alter zeigen sich wie folgt: Die Altersgruppe der 40- bis 50-Jährigen hat mit 4,0 % den höchsten Anteil an aktuellen Verwendern. (Es wird hier auf Basis der 12-Monatsprävalenz gearbeitet, weil die Lebenszeitprävalenz bei Altersunterschieden irreführend sein kann). Dies liegt vor allem an der Verwendung von Mood Enhancement, das in dieser Altersgruppe besonders ausgeprägt ist. Die Altersunterschiede bei der Verwendung von Cognitive Enhancement sind demgegenüber gering (vgl. Tab. 13.2).

Tab. 13.2: 12-Monatsprävalenz der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement von Erwerbstätigen nach Alter und Art des Neuroenhancements (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (Alter 20–29: N = 1.247–1.249; Alter 30–39: N = 1.488–1.491; Alter 40–50: N = 2.236–2.249)

	Gesamt	20 bis 29	30 bis 39	40 bis 50
Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement	3,2	2,5	2,5	4,0
Verwendung von Neuroenhancement Leistungssteigerung (Cognitive Enhancement)	1,5	1,4	1,3	1,7
Verwendung von Neuroenhancement Stimmungsverbesserung/Abbau Ängste und Nervosität (Mood Enhancement)	2,1	1,3	1,7	2,8

Die bisher präsentierten Angaben zur Lebenszeit- und 12-Monatsprävalenz der Neuroenhancement-Verwendung enthalten keine Auskunft darüber, wie häufig die Verwender zu verschreibungspflichtigen Mitteln mit dem Ziel des Hirndopings greifen. Um eine Vorstellung davon zu bekommen, wie viel „Hirndoper" unter den Erwerbstätigen sind, benötigt man den Anteil der regelmäßigen Verwender. Diese Angabe liegt vor, da die Verwender gefragt wurden, wie häufig sie die entsprechenden Medikamente einnehmen.

Knapp die Hälfte der Verwender nimmt die entsprechenden Medikamente täglich ein. Gut 60 % müssen als regelmäßige Verwender gelten, sie betreiben zweimal pro Monat und häufiger Hirndoping.

Der Rest (also knapp 40 %) sind Gelegenheitsverwender, dieser Teil missbraucht höchstens mehrmals im Jahr entsprechende Medikamente zur Leistungssteigerung oder zur Verbesserung des psychischen Wohlbefindens (vgl. Tab. 13.3).

Tab. 13.3: Häufigkeit der Verwendung nach Art des Neuroenhancements (insgesamt, Leistung, Stimmung) (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (N [Insg./Leistung/Stimmung] = 309/146/223; von 100 % abweichende Summenbildung aufgrund von Rundungsfehlern)

	Neuroenhancement (insg.)	Leistungssteigerung	Stimmungsverbesserung
täglich	44,7 %	40,0 %	45,1 %
zweimal pro Woche und häufiger (aber nicht täglich)	10,0 %	11,0 %	8,8 %
zweimal pro Monat und häufiger (aber seltener als zweimal pro Woche)	8,3 %	9,2 %	7,3 %
mehrmals im Jahr (aber seltener als zweimal pro Monat)	12,4 %	13,4 %	12,4 %
einmal im Jahr oder seltener	14,8 %	14,7 %	13,2 %
ganz unterschiedlich/abhängig von Präparat und Verfassung	10,0 %	11,6 %	13,3 %
Gesamt	100,2 %	99,9 %	100,1 %
regelmäßiger Gebrauch (= zweimal pro Monat, zweimal pro Woche oder täglich)	63,0 %	60,2 %	61,2 %

Hieraus lässt sich errechnen, wie hoch der Anteil der regelmäßigen Verwender unter den Erwerbstätigen zwischen 20 und 50 Jahren ist: 1,9 % sind regelmäßige und

aktuelle Verwender. Wobei mit aktuell gemeint ist, dass sie innerhalb der letzten 12 Monate Neuroenhancement verwendet haben.

13.2.3 Dunkelzifferschätzung

Bei der Abfrage sensibler Merkmale wie hier des Missbrauchs verschreibungspflichtiger Medikamente zur Leistungssteigerung oder Stimmungsverbesserung ist stets von einer Untererfassung aufgrund von sozialer Erwünschtheit auszugehen (vgl. Schnell et al., 1992). Mit anderen Worten: Nicht alle Befragten geben wahrheitsgemäß ein Verhalten zu, das sozial missbilligt wird. Daher stehen verschiedene Techniken zur Quantifizierung der daraus resultierenden Dunkelziffer zur Verfügung, von denen hier die Unmatched Count Technique (UCT) verwendet wurde (vgl. Coutts/Jann, 2011; Kirchner et al., 2013; Raghavarao/Federer, 1978).

Ergebnis der UCT-Frage ist, dass die Dunkelziffer der Lebenszeitprävalenz um 81 % höher liegt als bei (mehr oder weniger) direkter Abfrage.[51] Demnach haben 12,1 % der Erwerbstätigen in der Altersgruppe der 20- bis 50-Jährigen wenigstens einmal Hirndoping betrieben.

Unter der Annahme, dass sich die Dunkelziffer auch auf die anderen Prävalenzangaben anwenden lässt, ergeben sich die in Tab. 13.4 ausgewiesenen Dunkelziffern.

Tab. 13.4: Mit UCT-Technik ermittelte Lebenszeitprävalenz der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014)

	Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement	
	Ohne Berücksichtigung der Dunkelziffer	Inklusive Dunkelziffer
Lebenszeitprävalenz	6,7 %	12,1 %
12-Monatsprävalenz	3,2 %	5,8 %
12-Monatsprävalenz der regelmäßigen Verwendung (zweimal pro Monat und häufiger)	1,9 %	3,4 %

51 Die Fragen nach der Verwendung von verschreibungspflichtigen Medikamenten zur Leistungssteigerung oder Stimmungsverbesserung erfolgte mehrstufig und stellte deutlich die Kriterien verschreibungspflichtig und ohne medizinische Notwendigkeit heraus. Näheres zur Abfrage in Marschall et al. (2015, S. 57 f.).

Demnach ist davon auszugehen, dass zwischen 1,9 und 3,4 % der Erwerbstätigen regelmäßig verschreibungspflichtige Medikamente missbrauchen, um ihre Leistungsfähigkeit, ihr emotionales Wohlbefinden zu verbessern oder um Ängste und Nervosität abzubauen.

13.3 Mögliche Risikofaktoren für Hirndoping in der Arbeitswelt

Welche Faktoren erhöhen das Risiko, Hirndoping zu betreiben? In der Studie im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports wurden arbeitsweltbezogene Faktoren diesbezüglich untersucht. Es ist aber selbstverständlich nicht ausgeschlossen, dass auch Persönlichkeitsfaktoren oder Bedingungen des privaten Umfelds ebenfalls Risiko- oder protektive Faktoren für Hirndoping darstellen (für ausführlichere Darstellungen der nachfolgenden Angaben vgl. Marschall et al., 2015, S. 68–78 sowie Marschall, 2015).[52]

Hinsichtlich des beruflichen Status bleibt zunächst festzuhalten, dass Hirndoping unter Angestellten, Arbeitern, Beamten und Selbstständigen vorkommt. Auch wenn Angestellte die höchste Lebenszeitprävalenz aufweisen (7,1 %) und Beamte mit 4,1 % die niedrigste, unterscheiden sich die beruflichen Statusgruppen nicht signifikant voneinander.

Erst wenn quer zu den beruflichen Statusgruppen nach Niveau der Tätigkeit unterschieden wird, zeigen sich signifikante Unterschiede[53]: Demnach haben Angestellte, Beamte und Arbeiter mit einem einfachen Tätigkeitsniveau mit 8,5 % den höchsten Anteil an Jemals-Verwendern. Unter Erwerbstätigen mit einem mittleren Tätigkeitsniveau (das sind z. B. qualifizierte Angestellte oder gelernte Arbeiter) finden sich 6,7 % Jemals-Verwender. Beim höchsten Tätigkeitsniveau (also z. B. Meister, hochqualifizierte Angestellte oder Beamte im gehobenen Dienst) findet sich der geringste Anteil von Erwerbstätigen mit Hirndoping-Erfahrung: 5,1 %.

Dies mag entgegen der Erwartung laufen, dass es gerade die hochqualifizierten Angestellten sind, die pharmakologisches Neuroenhancement verwenden, um ihr

---

52 Eine erste Studie, die ein multifaktorielles Erklärungsmodell unter Berücksichtigung von Eigenschaften des Individuums, der Arbeitssituation und sozialer Beziehungen anstrebt, ist die von Schröder et al. (2015), die jedoch erst zu Redaktionsschluss dieses Artikels erschienen ist.

53 Es wurden Chi-Quadrattests der jeweils zugrunde liegenden Kreuztabellen durchgeführt. Das Signifikanzniveau wurde mit 5 % festgelegt.

hohes Leistungsniveau erreichen und halten zu können. Das Ergebnis überrascht aber weniger, wenn in Erwägung gezogen wird, dass sich diese hochqualifizierten Tätigkeiten nicht nur durch hohe Anforderungen (z. B. Verantwortung, hohes Leistungspensum), sondern auch durch viele Ressourcen auszeichnen (z. B. Gehalt, Anerkennung, Handlungsspielraum), während einfache Tätigkeiten hier ein ungünstigeres Profil aufweisen können (man denke an die gängigen Arbeitsstressmodelle der Gratifikationskrise oder des Anforderungs-Kontroll-Modells) (vgl. Kap. 2).

Analog dazu zeigt sich, dass Erwerbstätige mit Führungsverantwortung signifikant weniger zum Hirndoping neigen als Erwerbstätige ohne Führungsverantwortung. Nicht- oder nur teilweise signifikante Unterscheide zeigen sich übrigens hinsichtlich Schulabschluss, Arbeitsplatzsicherheit, Beschäftigungssicherheit und Arbeitszeit.

Bestimmte Merkmale der Tätigkeit selbst konnten darüber hinaus als signifikant assoziiert mit der Neigung zum pharmakologischen Neuroenhancement identifiziert werden. Demnach sind Beschäftigte mit einer Tätigkeit,

- bei der kleine Fehler schwerwiegende Konsequenzen haben können und
- bei der sie häufig an der Grenze ihrer Leistungsfähigkeit arbeiten

signifikant häufiger 12-Monatsverwender von pharmakologischem Neuroenhancement *zur Leistungssteigerung* als Beschäftigte, auf die diese Tätigkeitsmerkmale nicht zutreffen.

Das Risiko für die Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement *zur Stimmungsverbesserung* ist signifikant erhöht, wenn die Tätigkeit folgende Merkmale aufweist:

- häufig Gefühle im Griff haben zu müssen
- an der Grenze der Leistungsfähigkeit arbeiten zu müssen

13.4 Pharmakologisches Neuroenhancement: Ansatzpunkte zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung

Der erste Teil dieses Beitrags hat gezeigt, dass zumindest ein „Probierkonsum“ von vermeintlich zum Neuroenhancement geeigneten verschreibungspflichtigen Mitteln weit verbreitet ist: Bis zu etwa 12 % der Erwerbstätigen haben wenigstens einmal

im Leben Medikamente mit dem Ziel der Leistungssteigerung oder der Verbesserung des psychischen Wohlbefindens eingenommen. Der Anteil der regelmäßigen und aktuellen Verwender liegt bei 1,9 bis 3,4 %. Diese Verwenderanteile legen nahe, dass sich die Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben Gedanken machen sollte, wie sie darauf reagiert.

Die Literatur aus dem Umfeld „betriebliche Prävention“ und „Hirndoping“ gibt bisher nur wenige Hinweise darauf, wie entsprechende Konzepte aussehen könnten. Es sind vor allem zwei Überlegungen, die sich dort finden lassen: Erstens gelte es, die Möglichkeiten des betrieblichen Gesundheitsmanagements zu nutzen, v. a. Arbeitsbedingungen möglichst menschengerecht zu gestalten, Gefährdungen zu identifizieren und zu reduzieren sowie Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung umzusetzen. Die zweite Überlegung bedient sich der bereits vorhandenen Suchtprävention und -hilfe, die v. a. aus der betrieblichen und therapeutischen Alkoholsuchthilfe hervorgeht. Demnach sind die Führungskräfte die zentralen Akteure, die – unterstützt von betrieblichen Suchtexperten – nach einem Stufenplan Interventionen einleiten und durchführen und bei Beschäftigten mit einem gefährlichen Hochkonsum entsprechende Hilfen einleiten (vgl. Henkel, 2013; Holzer, 2011; Wendt-Danigel/Heegner, 2011; Zinke, 2011).

Dabei ist aber keineswegs ausgemacht, dass die Suchtarbeit und -prävention überhaupt zuständig ist für Hirndoping. Denn erstens stellen die regelmäßigen Konsumenten entsprechender Medikamente nur einen kleineren Teil gegenüber den Gelegenheitskonsumenten dar und zweitens sind zwar einige der infrage kommenden Wirkstoffe im Hinblick auf eine Abhängigkeit sehr gefährlich, keineswegs jedoch alle.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt ist festzuhalten, dass die betriebliche Prävention in Bezug auf Hirndoping noch am Anfang steht. Im Folgenden wird versucht, aus der diesem Beitrag zugrundeliegenden Studie hierzu einen Beitrag zu leisten.

13.4.1 Ansatzpunkt 1: Einstellungen der Nicht-Verwender zum Hirndoping

Eine erste Überlegung ergibt sich aus der Betrachtung derjenigen Erwerbstätigen, die bisher kein Hirndoping betrieben haben. Welche Einstellungen haben diese hierzu? Und v. a: Aus welchen Gründen haben sie bisher von der Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement abgesehen? Diese Betrachtung macht u. U. mögli-

che Ansätze sichtbar, wie Erwerbstätige darin bestärkt werden können, auch in Zukunft von der Verwendung abzusehen.

Die Nicht-Verwender zeichnen sich durch eine äußerst geringe Bereitschaft aus, aus eigener Initiative Medikamente einzunehmen: Knapp 62 % geben an, dass sie Medikamente nur dann einnehmen, wenn ein Arzt dies als medizinisch notwendig erachtet (vgl. Abb. 13.2). Zustimmung erfährt auch die Aussage „ich lehne Medikamente prinzipiell ab und versuche ohne auszukommen" (knapp 35 %).

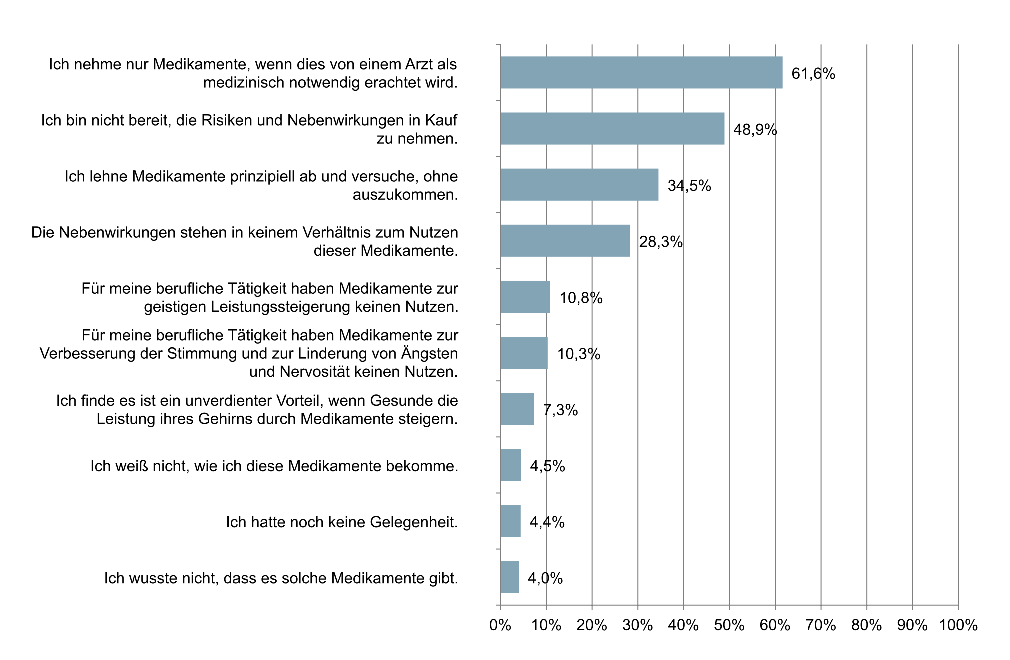


Abb. 13.2: Gründe der Nicht-Verwender von pharmakologischem Neuroenhancement für die Nicht-Verwendung (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (nur Nicht-Verwender pNE: N = 4.545; Fragewortlaut: „Warum haben Sie bisher noch keine solchen Medikamente ohne medizinische Notwendigkeit genommen?")

Neben den Gründen für die bisherige Nicht-Verwendung sind die möglichen Gründe für eine zukünftige Verwendung interessant (vgl. Abb. 13.3 und Abb. 13.4). Nicht-Verwendern wurde die Frage vorgelegt, was für sie „vertretbare Gründe" dafür wären, Medikamente zu Leistungssteigerung bzw. Medikamente zur Verbesserung der Stimmung ohne medizinische Notwendigkeit einzunehmen. Für beide Medikamentengruppen (d. h. zur Leistungssteigerung und zur Stimmungsverbesserung)

lehnen es die Nicht-Verwender ganz überwiegend ab, sich überhaupt einen möglichen Grund für pharmakologisches Neuroenhancement vorzustellen und wählen die Antwortmöglichkeit: „Dies kommt für mich grundsätzlich nicht in Frage."

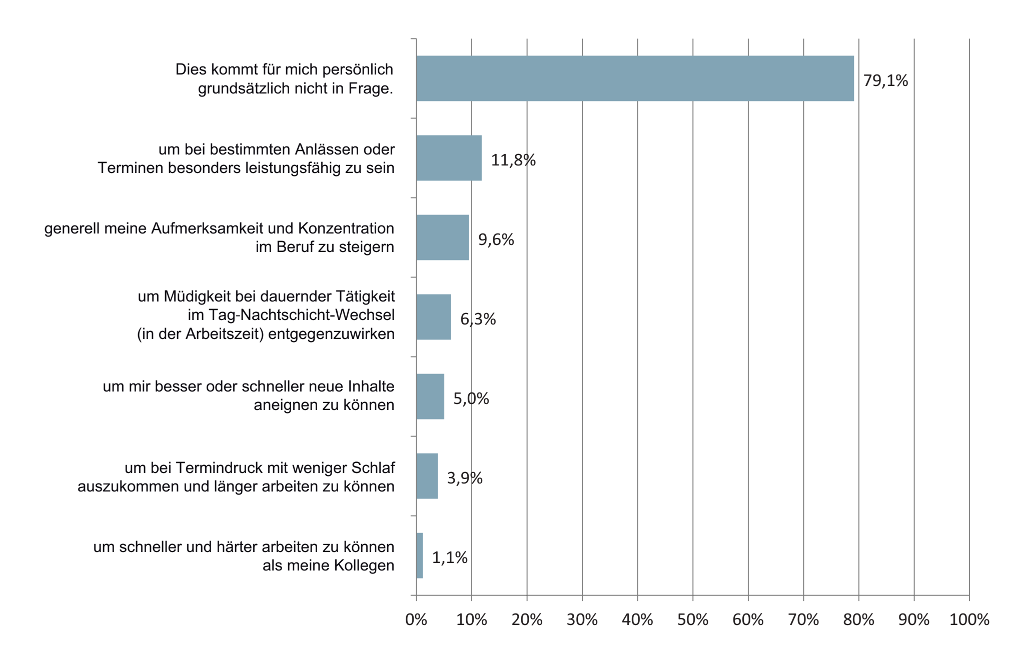


Abb. 13.3: „Vertretbare Gründe" der Nicht-Verwender für pharmakologisches Neuroenhancement zur Leistungssteigerung (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (nur Nicht-Verwender pNE: N = 4.542; die erste Aussage „Kommt für mich persönlich nicht in Frage" schließt alle anderen Aussagen aus, für alle anderen Aussagen waren Mehrfachnennungen möglich)

Somit lässt sich bei den Nicht-Verwendern ein hohes Maß an *grundsätzlicher* Ablehnung von pharmakologischem Neuroenhancement feststellen. Unter den Nicht-Verwendern sind – gemessen an den Aussagen aus Abb. 13.2 bis Abb. 13.4 – 89,4 % grundsätzliche Ablehner von pharmakologischem Neuroenhancement.[54] Der ver-

54 Als grundsätzliche Ablehner wurden die Nicht-Verwender nach folgender Regel klassifiziert: (Zustimmung zur Aussage in Abb. 13.3 UND Abb. 13.4: „Dies kommt für mich grundsätzlich nicht in Frage") UND/ODER Zustimmung zu wenigstens einer der Aussagen: „ich nehme Medikamente nur, wenn dies von einem Arzt als medizinisch notwendig erachtet wird", „ich lehne Medikamente prinzipiell ab und versuche ohne auszukommen" (vgl. ausführlicher hierzu in Marschall et al., 2015, S. 31 f.).

bleibende Anteil der Nicht-Verwender muss demgegenüber als *prinzipiell aufgeschlossen* gelten.

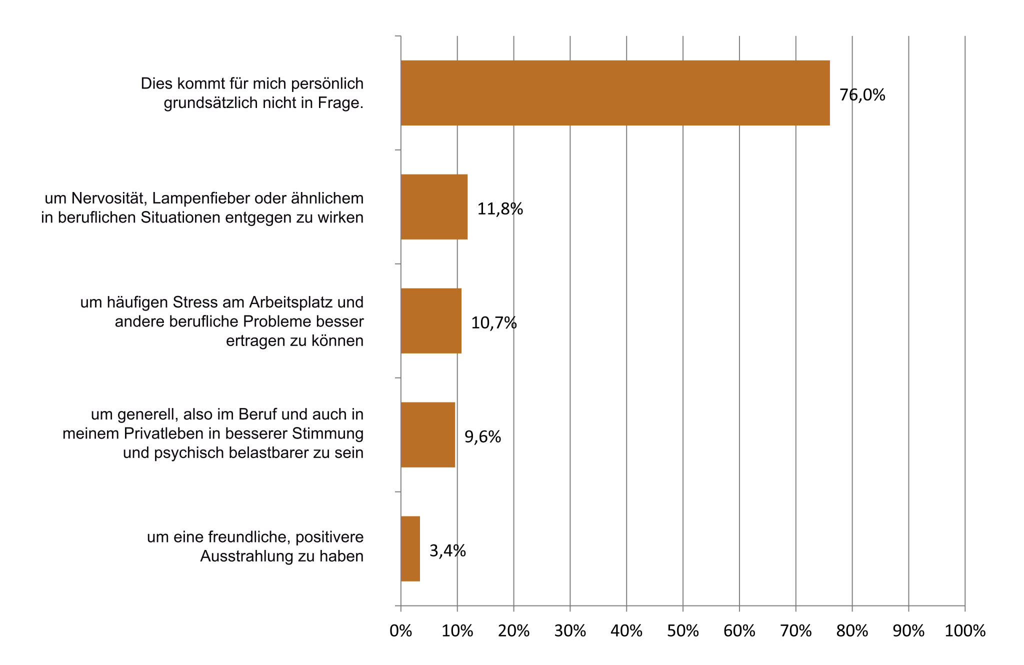


Abb. 13.4: „Vertretbare Gründe“ der Nicht-Verwender für pharmakologisches Neuroenhancement zur Verbesserung der Stimmung und zu Linderung von Ängsten und Nervosität (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (nur Nicht-Verwender pNE. N = 4.559; die erste Aussage „Kommt für mich persönlich nicht in Frage“ schließt alle anderen Aussagen aus, für alle anderen Aussagen waren Mehrfachnennungen möglich)

Für die betriebliche Prävention sind die prinzipiell Aufgeschlossenen relevant, da sie als Risikogruppe gelten müssen. Eine nähere Betrachtung dieser besonderen Gruppe vermag möglicherweise Ansatzpunkte für eine Prävention liefern.

Abbildung 13.5 zeigt die Gründe der prinzipiell Aufgeschlossenen dafür, dass sie bisher noch keine Medikamente zur Leistungssteigerung oder Stimmungsverbesserung eingenommen haben (und zum Vergleich die der grundsätzlichen Ablehner). Eine große Rolle hierbei spielt die Einschätzung, dass die entsprechenden Medikamente keinen Nutzen jenseits ihrer medizinischen Indikation haben (also bei ihrer missbräuchlichen Verwendung zur Leistungssteigerung oder Stimmungsverbesse-

rung), gleichzeitig aber unangemessen große Risiken und Nebenwirkungen bergen. Dies wird v. a. deutlich aus den Zustimmungen zu den Aussagen „Ich bin nicht bereit, die Risiken und Nebenwirkungen in Kauf zu nehmen.“, „Die Nebenwirkungen stehen in keinem Verhältnis zum Nutzen dieser Medikamente.“ sowie zu den beiden Items: „Für meine berufliche Tätigkeiten haben Medikamente zur geistigen Leistungssteigerung [respektive zur Verbesserung der Stimmung] keinen Nutzen.“

Genau hierin sollten die prinzipiell Aufgeschlossenen bestärkt werden, denn diese Einschätzung ist nach gegenwärtigem Stand der Forschung weitgehend zutreffend. Medikamente, die zum Hirndoping eingesetzt werden, haben in konkreten beruflichen Situationen keinen Nutzen, können aber erhebliche Nebenwirkungen haben, bis hin zu einer Abhängigkeitsentwicklung und Persönlichkeitsveränderung.[55]

Über welche konkreten Maßnahmen diese Aufklärung geleistet werden kann, ist noch zu eruieren. Möglichkeiten wären einzelne Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wie Vorträge, Gesundheitstage oder die Integration in Maßnahmen der Suchtarbeit.

Was den Befragungsergebnissen zufolge praktisch keine Rolle spielt, ist der moralische Aspekt, der – im Dopingbegriff angelegt – auf die mangelnde Fairness des Enhancements mittels verschreibungspflichtiger Medikamente verweist. Nur knapp 4 % der prinzipiell Aufgeschlossenen nennen den Grund: „Ich finde, es ist ein unverdienter Vorteil, wenn Gesunde die Leistung ihres Gehirns durch Medikamente steigern.“

55 Differenzierter betrachtet gilt jedoch, dass manche Medikamente durchaus bei einsetzender Müdigkeit wacher und aufmerksamer machen können (vgl. z. B. Lieb, 2010, S. 86); gleichzeitig gilt, dass nicht alle hier infrage kommenden Medikamente schwere Nebenwirkungen haben oder eine Abhängigkeit erzeugen. Eine Bewertung der Wirksamkeit bei Gesunden und der Nebenwirkungen von zum Neuroenhancement eingesetzten Medikamenten kann allerdings in diesem Beitrag nicht geleistet werden. Verwiesen sei auf die in Marschall et al. (2015, S. 48–53) zitierte Literatur.

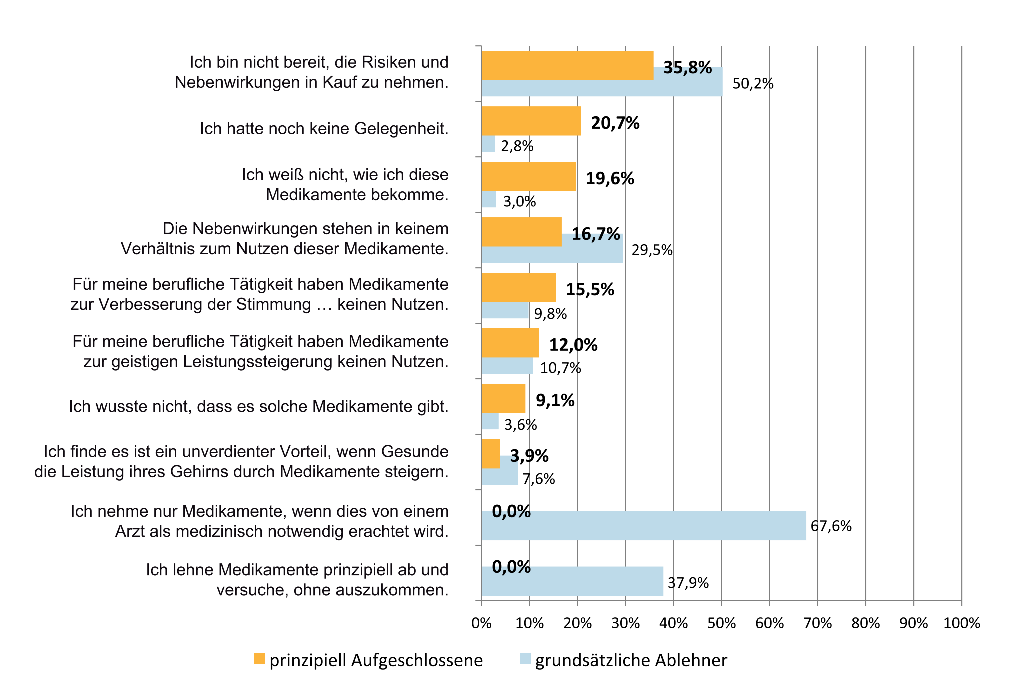


Abb. 13.5: Gründe der prinzipiell Aufgeschlossenen gegen die Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement (zum Vergleich: Gründe der grundsätzlichen Ablehner) (IGES, 2015, nach Erwerbstätigenbefragung der DAK-Gesundheit, 2014) (nur Nicht-Verwender pNE: N = 4.545; die beiden letztgenannten Gründe erfahren von den prinzipiell Aufgeschlossenen keine Zustimmung, weil die Gruppen u. a. anhand dieser beiden Gründe gebildet wurden)

13.4.2 Ansatzpunkt 2: Alternativen zum Hirndoping

Wenn pharmakologisches Neuroenhancement in konkreten beruflichen Situationen nicht hilfreich ist, um die Leistungsfähigkeit zu steigern oder wenigstens zu erhalten, so stellt sich die Frage, was Erwerbstätige stattdessen tun können. Dieser Ansatzpunkt stellt also ab auf ganz klassische Maßnahmen der verhaltensbezogenen Gesundheitsförderung wie die Stärkung von Kompetenzen zur Stressbewältigung, aber auch auf die Herstellung von Bedingungen, die die Leistungsfähigkeit auf Dauer erhalten und erneuern, z. T. die privaten Lebensumstände betreffend, z. T. die betrieblichen und z. T. auch die Grenze zwischen beiden. Konkret sind u. a. die folgenden Alternativen zum Hirndoping zu nennen (vgl. Glaeske et al., 2011; Lieb, 2010).

- Eine gute Arbeitsorganisation verhilft gerade bei modernen wissensintensiven, von Multitasking geprägten Tätigkeiten zu einem stressfreieren Arbeiten und zum Erleben von Kontrolle über die eigene Arbeit. Hierzu gehört auch Zeitmanagement, um in Phasen hoher Belastung Prioritäten zu setzen, sowie die Vermeidung von Multitasking, Störungen und Unterbrechungen.
- Pausen und Erholung tragen zum Erhalt der Leistungsfähigkeit maßgeblich bei und fördern das kreative Denken. Auf Pausen sollte auch in Phasen großer Belastung nicht verzichtet werden.
- Es sollte Regelungen zur Erreichbarkeit von Beschäftigten außerhalb der Arbeitszeit geben, die den Bedürfnissen der Beschäftigten nach Erholung gerecht werden.
- Ausreichender Schlaf ist für die geistige Leistungsfähigkeit von sehr hoher Bedeutung, Schlafmangel dagegen führt zu Einbußen in der Leistungsfähigkeit. Regelmäßige Schlafstörungen sollten nicht einfach hingenommen, sondern durch einen Arzt untersucht werden. Auch kurze Schlafphasen von z. B. 10 Minuten haben einen regenerativen Effekt.
- Sport verbessert die geistige Leistungsfähigkeit.
- Der Verzicht oder die Reduktion von Alkohol und Nikotin erhält die Leistungsfähigkeit und trägt zum Wohlbefinden bei.
- Achtsamkeitstrainings (Selbstwahrnehmung) helfen Beschäftigten, auf körpereigene Signale zu achten und einer Überlastung vorzubeugen.
- Eine gesunde Ernährung (u. a. Verzehr von Obst und Gemüse) trägt zur geistigen Leistungsfähigkeit bei. Auch in Phasen großer Belastung sollte dies nicht vernachlässigt werden.
- Positiv erlebte Aktivitäten wie Treffen mit Freunden und Bekannten, Ausgleich zum Berufsalltag sowie Gespräche mit Freunden und Familien erhalten die Leistungsfähigkeit und tragen zum Wohlbefinden bei.

13.4.3 Ansatzpunkt 3: Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen

Gemessen am Anspruch nicht nur der betrieblichen Prävention, sondern auch der betrieblichen Gesundheitsförderung und des betrieblichen Gesundheitsmanagements[56], über einzelne Maßnahmen der Gesundheitserziehung und Verhaltensprävention hinaus systematisch Gesundheitsressourcen zu stärken, Belastungen auf ein gesundheitsgerechtes Maß hin zu gestalten sowie die Arbeitsorganisation zu verbessern, liegt die wichtigste Möglichkeit zur Prävention von Hirndoping in der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation.

Dies gilt umso mehr, als dass die oben dargestellte Studie zusammen mit mehreren weiteren (vgl. Schröder et al., 2015, sowie die zusammengestellte Evidenz in Hermet-Schleicher/Cosmar, 2014) stark darauf hindeutet, dass bestimmte Arbeitsbedingungen die Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement begünstigen. Demnach sind Arbeitsbedingungen und Arbeitsorganisation so zu gestalten, dass hieraus realistische und nicht überfordernde Anforderungen hervorgehen.

13.5 Fazit: Ansatzpunkte zur Prävention von Hirndoping

Aus der Studie im Rahmen des DAK-Gesundheitsreports zur Epidemiologie des pharmakologischen Neuroenhancements sowie aus der einschlägigen Literatur wurden drei Ansatzpunkte identifiziert, die im Rahmen einer betrieblichen Hirndopingprävention verfolgt werden können: Erstens sollten Beschäftigte in ihrer ohnehin vorhanden Einschätzung bestärkt werden, dass vermeintlich geeignete Mittel zum Hirndoping keinen Nutzen in konkreten beruflichen Situationen bieten, dabei aber teils erhebliche Risiken und Nebenwirkungen aufweisen. Zweitens sollten Alternativen aufgezeigt (und auch durch die betrieblichen Verhältnisse unterstützt werden), die die geistige Leistungsfähigkeit und das psychische Wohlbefinden erhalten, regenerieren und fördern. Drittens sollten mit den Mitteln der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung sowie der Arbeitsgestaltung Bedingungen geschaffen werden, die die Verwendung von Hirndoping nicht begünstigen. Insbesondere müssen Leistungsanforderungen dem Leistungsvermögen der Beschäftigten gerecht werden.

56 Vgl. z. B. Rosenbrock/Hartung (2015) sowie die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der europäischen Union (2014) ([1]1997).

Literatur

Coutts, E./Jann, B. (2011). *Sensitive Questions in Online Surveys: Experimental Results for the Randomized Response Technique (RRT) and the Unmatched Count Technique (UCT)*. Sociological Methods & Research, 40 (1), 169-193. DOI: 10.1177/0049124110390768. http://smr.sagepub.com/content/40/1/169.abstract (12.10.2015).

Dietz, P./Striegel, H./Franke, A. G. et al. (2013). *Randomized response estimates for the 12-month prevalence of cognitive-enhancing drug use in university students*. Pharmacotherapy, 33 (1), S. 44–50, DOI: 10.1002/phar.1166.

Drösser, C. (2009). *Ein Drittel aller Berufsmusiker leidet unter chronischem Lampenfieber. Was geht dabei im Körper vor?* DIE ZEIT, (15). http://www.zeit.de/2009/15/PS-Lampenfieber.

Franke, A. G./Bonertz, C./Christmann, M. et al. (2011). *Non-medical use of prescription stimulants and illicit use of stimulants for cognitive enhancement in pupils and students in Germany*. Pharmacopsychiatry, 44 (2), S. 60–66.

Franke, A. G./Lieb, K. (2010). *Pharmakologisches Neuroenhancement und Hirndoping*. Bundesgesundheitsblatt, (53), S. 853–860, DOI: I 0.1007/s001 03-01 0-1 1 05-0.

Galert, T./Bublitz, C./Heuser, I. et al. (2009). *Das optimierte Gehirn*. Gehirn & Geist, (11), S. 1–12.

Gaßmann, R./Merchlewicz, M./Koeppe, A. (2013). *Hirndoping – Der große Schwindel*. Weinheim, Basel: Betz Juventa.

Giesert, M./Wendt-Danigel, C. (2011). *Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis?* Hamburg: VSA.

Glaeske, G./Merchlewicz, M./Schepker, R. et al. (2011). *Hirndoping – Die Position der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e.V. (DHS)*. Hamm: DHS.

Greely, H./Sahakian, B./Fau-Harris, J. et al. (2008). *Towards responsible use of cognitive-enhancing drugs by the healthy*. Nature, 456 (11), S. 702–705.

Henkel, D. (2013). *Pharmakologisches Neuro-Enhancement in der Arbeitswelt: Verbreitung und Prävention*. In: Gaßmann, R./Merchlewicz, M./Koeppe, A. (Hrsg.): Hirndoping – der große Schwindel. Weinheim, Basel: Betz Juventa, S. 63–75.

Hermet-Schleicher, V./Cosmar, M. (2014). *Hirndoping am Arbeitsplatz. Einflussfaktoren und Präventionsmöglichkeiten für Unternehmen.* Berlin: Initiative Gesundheit & Arbeit.

Hildt, E./Franke, A. G. (2013). *Cognitive Enhancement. An Interdisciplinary Perspective.* Dortrecht/Heidelberg/New York/London: Springer.

Holzer, T. (2011). *Prävention von Hirndoping am Arbeitsplatz*. In: Giesert, M./Cornelia, W.-D. (Hrsg.): Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Lesitungssteigerung um jeden Preis. Hamburg: VSA, S. 38–44.

IGES Institut (2015). *DAK-Gesundheitsreport 2015.* Konzeption und Auswertung einer repräsentativen Erwerbstätigenbefragung aus dem Jahr 2014. Hamburg: DAK.

IGES Institut (2009). *DAK-Gesundheitsreport 2009. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz.* Hamburg: DAK.

Kirchner, A./Krumpal, I./Trappmann, M. et al. (2013). *Messung und Erklärung von Schwarzarbeit in Deutschland – eine empirische Befragungsstudie unter besonderer Berücksichtigung des Problems der sozialen Erwünschtheit.* Zeitschrift für Soziologie, 42 (4), S. 23. http://www.zfs-online.org/index.php/zfs/article/viewFile/3135/2677 (12.10.2015).

Krämer, K. (2011). *Doping am Arbeitsplatz. Ergebnisse des DAK-Gesundheitsreports 2009*. In: Giesert, M./Cornelia, W.-D. (Hrsg.): Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Lesitungssteigerung um jeden Preis. Hamburg: VSA, S. 45–57.

Krämer, K. (2010). *Doping am Arbeitsplatz*. SuchtMagazin. Fachzeitschrift für Suchtarbeit und Suchtpolitik, (2), S. 32–38.

Lieb, K. (2010). *Hirndoping – Warum wir nicht alles schlucken sollten*. Mannheim: Artemis & Winkler Verlag.

Maher, B. (2008). *Poll results: look who's doping*. Nature, (452), S. 674–675.

Marschall, J. (2015). *Verwendung von pharmakologischem Neuroenhancement durch Erwerbstätige in Deutschland. Prävalenz, Risikogruppen und arbeitsweltbezogene Risikofaktoren*. Suchtmagazin, 17 (5), S. 199–217.

Marschall, J./Nolting, H.-D./Hildebrandt, S. et al. (2015). *Gesundheitsreport 2015. Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten. Update Doping am Arbeitsplatz.* Heidelberg: medhochzwei.

Middendorff, E./Poskowsky, J. (2013). *Hirndoping bei Studierenden in Deutschland.* In: Gaßmann, R./Merchlewicz, M./Koeppe, A. (Hrsg.): Hirndoping – Der große Schwindel. Weinheim, Basel: Betz Juventa, S. 40–52.

Middendorff, E./Poskowsky, J./Isserstedt, W. (2012). *Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden.* Hannover: HIS Hochschul-Informations-System GmbH.

Norman, C./Boldt, J./Maio, G. et al. (2010). *Möglichkeiten und Grenzen des pharmakologischen Neuroenhancements*. Nervenarzt, (81), S. 66–74. DOI: I 0.1 007/s001 I 5-009-2858-2.

Raghavarao, D./Federer, W. T. (1978). *Block total response as an alternative to the randomized response method in surveys*. https://dspace.library.cornell.edu/bitstream/1813/32583/1/BU-490-M.Revised.pdf (12.10.2015)

RKI – Robert Koch-Institut (2011). *Kolibri – Studie zum Konsum leistungsbeeinflussender Mittel in Alltag und Freizeit – Ergebnisbericht.* Berlin: RKI.

Rosenbrock, R./Hartung, S. (2015). *Gesundheitsförderung und Betrieb*. In: BZgA (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-betrieb/ (12.10.2015).

Schnell, R./Hill, P./Esser, E. (1992). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien: Oldenbourg.

Schröder, H./Köhler, T./Knerr, P. et al. (2015). *Einfluss psychischer Belastungen am Arbeitsplatz auf das Neuroenhancement – empirische Untersuchungen an Erwerbstätigen*. Dortmund, Berlin, Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Unternehmensnetzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union e. V. (2014). *Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU.* http://www.luxemburger-deklaration.de/fileadmin/rs-dokumente/dateien/LuxDekl/Luxemburger_Dekl_Mai2014.pdf (19.10.2015).

Wendt-Danigel, C./Heegner, S. (2011). *Voraussetzung für eine erfolgreiche betriebliche Suchtarbeit und Suchtprävention*. In: Wendt-Danigel, C./Giesert, M. (Hrsg.): Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis? Hamburg: VSA, S. 112–122.

Wilens, T. E./Adler, L. A. /Adams, J. et al. (2008). *Misuse and Diversion of Stimulants Prescribed for ADHD: A Systematic Review of the Literature*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47 (1), S. 21–31, DOI: 10.1097/chi.0b013e31815a56f1. http://www.jaacap.com/article/S0890-8567(09)62081-5/abstract (01.02.2015).

Zinke, E. (2011). *Betriebliche Strategien bei Medikamentenabhängigkeit.* In: Wendt-Danigel, C./ Giesert. M. (Hrsg.): Doping am Arbeitsplatz. Problembewältigung und Leistungssteigerung um jeden Preis? Hamburg: VSA, S. 75–94.

14 Wenn die Unterforderung am Arbeitsplatz krank macht

GÜNTHER VEDDER, ELLA KORINTH

Neben der Überforderung trägt auch die Unterforderung am Arbeitsplatz zu starkem Stress und negativen Gesundheitsfolgen bei. Wenn die Fähigkeiten der Beschäftigten die Anforderungen ihrer Stellen dauerhaft übersteigen, dann kann dies zu Boreout-Fällen in den Organisationen führen. In diesem Beitrag werden fünf solcher Fallstudien vorgestellt und analysiert. Die Betroffenen beklagen eine qualitative oder quantitative Unterforderung, den fehlenden Sinn der Tätigkeit, eine stark empfundene Langeweile sowie eine mangelnde Wertschätzung im Arbeitsumfeld. Ihre Führungskräfte sind mit den Situationen oft überfordert, obwohl sie durch unterschiedliche Maßnahmen zum Konflikt- und Gesundheitsmanagement beitragen könnten.

In einer Onlinebefragung des Karriereportals *Monster* zur Work-Life-Balance stimmten im Jahr 2008 über 30 % der 1.600 antwortenden Personen folgender Aussage zu: „Ich möchte größere Aufgaben übernehmen und fühle mich unterfordert." (Güntzer/Kesch, 2008) Eine Umfrage von Stepstone aus dem Jahr 2009, an der sich mehr als 5.400 Fach- und Führungskräfte beteiligten, kam zu einem ähnlichen Ergebnis. Bei der Frage „Fühlen Sie sich in Ihrem Beruf manchmal unterfordert?" wählten 39 % der Befragten die Antwortalternative: „Ja – um ehrlich zu sein bin ich doch eher unterbeschäftigt." (Rottländer, 2009) Laut Stressreport Deutschland fühlten sich im Jahr 2012 ca. 5 % der über 17.500 befragten Beschäftigten quantitativ und 13 % qualitativ unterfordert. Die einen hatten einfach nicht genug zu tun und die anderen konnten ihre beruflichen Kompetenzen nur sehr begrenzt zum Einsatz bringen (vgl. Lohmann-Haislah, 2012, S. 85). Der schwedische Sozialforscher Paulsen stellt in seinem Aufsehen erregenden Buch „Empty Labor" aus dem Jahr 2014 diverse Befunde aus internationalen Erhebungen vor, die alle in die gleiche Richtung weisen: Bis zu 32 % der jeweils Befragten fühlten sich entweder „Bored" oder stimmten der Aussage „Don't have enough work to do" zu (vgl. Paulsen, 2014, S. 120 ff.).

Die Unterforderung am Arbeitsplatz spielt also in vielen Organisationen eine Rolle und kann zu Stress, Unzufriedenheit oder Gesundheitsschäden führen. „Arbeits-

los im Job“ (Wutz/Marya, 2012) zu sein, stellt auf Dauer eine ausgesprochen starke Belastung dar, mit der die Betroffenen sehr unterschiedlich umgehen. Es macht daher Sinn, die Unterforderung und ihre Konsequenzen im Rahmen von individuellen Fallstudien genauer zu analysieren. Die Wiener Soziologin Prammer stellte im Jahr 2013 erste „Biografien der Unterforderung und Langeweile“ aus Österreich vor (vgl. Prammer, 2013). Am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover wurden im Jahr 2014 diverse Fallstudien mit betroffenen Beschäftigten aus Deutschland erstellt. Fünf ausgewählte Fälle aus diesem Forschungskontext bilden das Grundgerüst des folgenden Beitrags. Sie werden in Kurzform vorgestellt (Kap. 14.2) und anschließend fallübergreifend analysiert (Kap. 14.3). Eingerahmt wird dieser empirische Teil von den wichtigsten Grundlagen zur Unterforderung am Arbeitsplatz (Kap. 14.1) und möglichen Maßnahmen gegen die spezifische Boreout-Belastung (Kap. 14.4). Im Fazit soll auf den Titel des Themenbands Bezug genommen werden, wenn es um den Belastungswandel in der Arbeitswelt und die daraus resultierenden Herausforderungen für die Arbeitsorganisation geht.

14.1 Zur Entstehung von Unterforderung und Boreout

In den letzten Jahrzehnten wurden die Abläufe in Organisationen immer weiter rationalisiert und standardisiert. Dadurch haben sich an vielen Arbeitsplätzen verstärkt Routinen herausgebildet, die durch technische und EDV-Hilfen noch unterstützt werden (vgl. Mann, 2007, S. 91). Gleichzeitig weisen die meisten Beschäftigten heute ein höheres Bildungsniveau als ihre Vorgänger auf (vgl. Loukidou, 2009, S. 382). Diese gegenläufigen Entwicklungen können dazu führen, dass die Fähigkeiten der Mitarbeiter die Anforderungen ihrer Stellen deutlich übersteigen: Die betroffenen Beschäftigten sind mit den für ihre Qualifikation zu eintönigen oder zu einfachen Aufgaben oft unterfordert und gelangweilt (vgl. Flöck, 1989, S. 38) und könnten eigentlich deutlich mehr für ihre Arbeitgeber leisten, als ihnen tatsächlich abverlangt wird (vgl. Hackman/Oldham, 1980, S. 12). Wie Abbildung 14.1 verdeutlicht, resultiert die Unterforderung (ebenso wie die Überforderung) aus einem Ungleichgewicht zwischen den Anforderungen der jeweiligen Stelle und den individuellen Kompetenzen des Stelleninhabers (vgl. Vedder/Korinth, 2015, S. 2). Ideal wäre der Zustand des Gleichgewichts, in dem es zum Flow-Erleben und damit zu freudigen Aufgaben in der Arbeit kommen kann, was u. a. durch eine besonders hohe intrinsische Motiva-

tion sowie durch das Verschmelzen von Handlung und Bewusstsein gekennzeichnet ist (vgl. Csikszentmihalyi, 2000, S. 61).

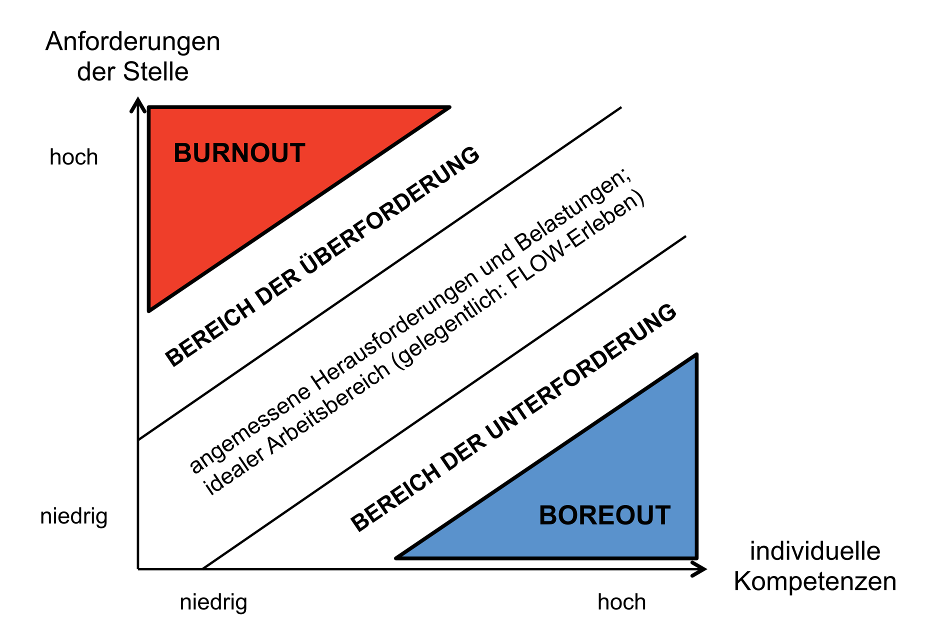


Abb. 14.1: Das Zusammenspiel von Stellenanforderungen und Kompetenzen

Wesentlich häufiger als von Unterforderung ist derzeit von der Überforderung am Arbeitsplatz die Rede. Eine leichte Überforderung der individuellen Voraussetzungen gilt dabei als persönlichkeitsförderlich und regt zum Lernen an. Ebenso ist eine leichte Unterforderung relativ unbedenklich (vgl. Joiko et al., 2010). Sie kann zu einer psychischen Entlastung der Beschäftigten führen. Ungesund sind hingegen die beiden extremen Ausprägungen der Fehlbeanspruchung: Burnout und Boreout.[57] Der Begriff Boreout-Syndrom wurde 2007 von den Schweizer Unternehmensberatern Rothlin und Werder in die Diskussion eingeführt (vgl. Rothlin/Werder, 2007). Sie beschreiben damit eine Belastungskonstellation am Arbeitsplatz, die durch Unterforderung, Langeweile und Desinteresse gekennzeichnet ist. Hinzu kommt, dass Boreout-Betroffene unterschiedliche Verhaltensstrategien anwenden, um bei Kolle-

57 Burnout (vom Englischen to burn out = ausbrennen) – ausgebrannt sein; Boreout (vom Englischen boredom = Langeweile) – gelangweilt sein.

gen einen beschäftigten Eindruck zu hinterlassen (vgl. Rothlin/Werder, 2014, S. 20). Besonders anfällig für die Unterforderung am Arbeitsplatz sind Arbeitnehmer mit Schreibtischjobs und eigenem Büro (vgl. Günthner, 2014, S. 29). Sie können die Tür hinter sich schließen und berufliche Aktivitäten vortäuschen. Busfahrer, Altenpfleger oder Fließbandarbeiter hingegen können zwar ebenfalls unterfordert sein, stehen allerdings unter einer direkteren Kontrolle (vgl. Vedder/Vedder, 2010, S. 34). Diese Beispiele geben Hinweise darauf, dass es unterschiedliche Konstellationen von (gleichzeitiger) Unter- und Überforderung gibt, wie Abbildung 14.2 verdeutlicht:

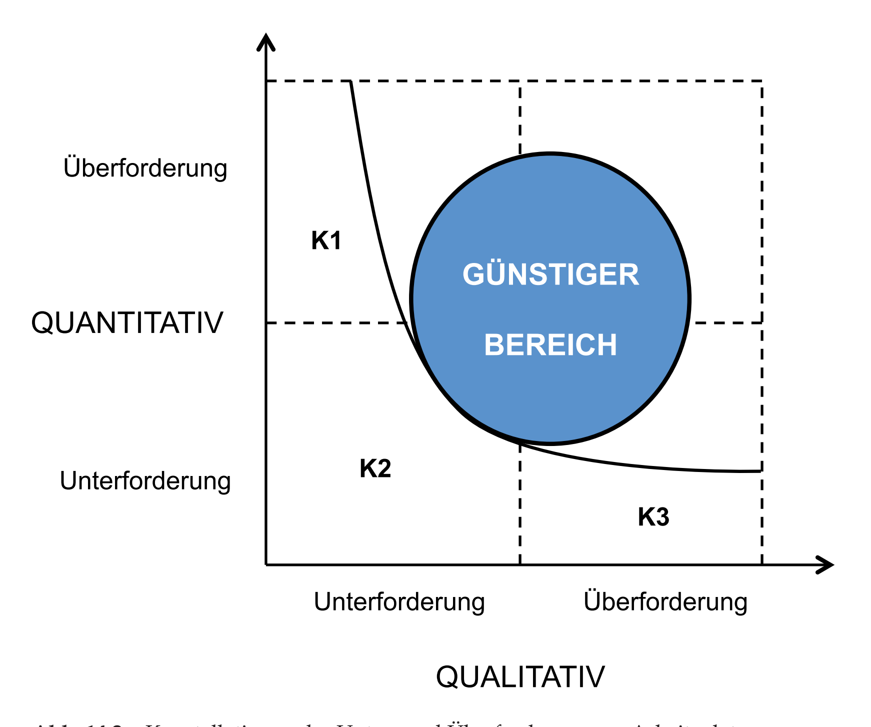


Abb. 14.2: Konstellationen der Unter- und Überforderung am Arbeitsplatz

Ein Akademiker, der im Callcenter arbeitet, hat quantitativ viel zu tun, fühlt sich qualitativ aber unterfordert (Konstellation 1). Eine Aufsicht in einem wenig frequentierten Museum kann quantitativ und qualitativ nicht ausgelastet sein (Konstellation 2). Eine Projektmanagerin am Flughafen Berlin-Brandenburg hat einen sehr anspruchsvollen Job, kommt aber ggf. kaum dazu, ihn auszuüben, weil das gesamte Bauvorhaben stockt (Konstellation 3). Als vierte Konstellation gibt es noch die sogenannten

Sensation Seeker, die sich selbst dann schnell langweilen, wenn mengenmäßig und inhaltlich sehr viel zu tun ist, sie allerdings mit Routinen im Job konfrontiert werden. Diese Personengruppe bewältigt ein Pensum, bei dem andere deutlich überfordert wären. Sie sind extrem engagiert und streben permanent nach Abwechslung (vgl. Vedder/Korinth, 2015, S. 5).

Zum Psychotherapeuten und Chefarzt der Psychosomatischen Klinik am Frankfurter Hospital zum Heiligen Geist Wolfgang Merkle kommen immer wieder Menschen, die sich ausgebrannt und erschöpft fühlen, obwohl sie eigentlich völlig unterfordert sind. Er schätzt, dass ca. 5 % seiner 300 jährlich aufgenommenen Patienten unter starken psychischen Problemen in Folge eines Boreouts leiden (vgl. Radel, 2010, S. 2). Unterforderung kann starken Stress erzeugen, wenn die Betroffenen eigentlich im Beruf etwas leisten und dafür Anerkennung bekommen wollen. Die Symptome können daher ganz ähnlich wie beim Burnout ausfallen: Kopf- und Magenschmerzen, Antriebslosigkeit, Gereiztheit, Schlafstörungen oder depressive Phasen (vgl. Vedder/Korinth, 2015, S. 7). Der Boreout, als Zustand totaler emotionaler Erschöpfung, wird durch die wahrgenommene Bedeutungs- und Perspektivlosigkeit häufig noch verstärkt. Neben der gesundheitlichen Belastung entsteht durch die Nichtnutzung von Fähig- und Fertigkeiten auch ein ökonomischer Schaden für den jeweiligen Arbeitgeber und die gesamte Gesellschaft (vgl. Scherenberg, 2014, S. 16). Das Ziel humaner Arbeitsgestaltung ist daher eine Beanspruchungsoptimierung, also die Schaffung von gesundheitsschonenden Belastungen, die sich positiv auf das Leistungsverhalten, die Motivation, das Wohlbefinden und die Persönlichkeitsentwicklung auswirken. So lassen sich Monotonie, Ermüdungserscheinungen und das Gefühl der psychischen Sättigung vermeiden (vgl. Poppelreuter/Mierke, 2012, S. 23 f.). Bei der Monotonie handelt es sich um einen

> „langsam entstehenden Zustand herabgesetzter Aktivierung, der bei lang andauernden, einförmigen und sich wiederholenden Arbeitsaufgaben oder Tätigkeiten auftreten kann. Die psychische Sättigung bezeichnet hingegen einen Zustand der nervös-unruhevollen, stark affektbetonten Ablehnung einer sich wiederholenden Tätigkeit oder Situation, bei der das Erleben des Auf-der-Stelle-Tretens oder des Nicht-weiter-Kommens besteht“ (Joiko et al., 2010, S. 13).

Beide Konstellationen werden in Boreout-Interviews immer wieder benannt bzw. umschrieben.

14.2 Fünf Fallstudien zur Unterforderung am Arbeitsplatz

Die folgenden Kurzbeschreibungen von fünf Fällen zur Unterforderung am Arbeitsplatz stammen aus einem Projekt, das in den Jahren 2014 und 2015 am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover durchgeführt wurde. Alle geführten Interviews mit den Betroffenen wurden transkribiert und qualitativ ausgewertet. Einige zentrale Ausschnitte daraus werden hier in einer anonymisierten Form zusammengefasst: Es handelt sich also nicht um die Originalnamen der unterforderten Beschäftigten, aber um eine realistische Beschreibung ihrer Arbeitsbedingungen.

14.2.1 Der Fall Schulze: „Meine Arbeit wird hier nicht gesehen“

Frau Schulze ist Mitte 50, hat eine kaufmännische Ausbildung und arbeitet seit Jahren im Eingangsbereich eines produzierenden Betriebs. Sie nimmt Gäste in Empfang, lässt LKW-Fahrer auf das Gelände und hat insofern eine wichtige Position in Sachen Werkschutz inne. Es handelt sich um einen besonderen Arbeitsplatz „auf dem Präsentierteller“ (EN03, Z. 233), bei dem man sich nicht zurückziehen oder private Dinge erledigen kann. Verlässt sie ihren Arbeitsplatz, muss entweder eine Kollegin einspringen oder der Wachdienst übernimmt, damit die Position 24 Stunden am Tag besetzt ist. Manchmal ist sehr viel zu tun, dann muss Frau Schulze 2–3 Sachen auf einmal erledigen. „Es gibt aber auch wieder Zeiten, da ist die absolute Ruhe.“ (EN03, Z. 209) Insbesondere nachmittags vergehen die Stunden sehr langsam. Dann spürt sie auch eine soziale Isolation in der Organisation, da sie sonst wenig mit Kolleginnen und Kollegen zu tun hat. Seit einigen Jahren setzen ihr die langen Ruhephasen im Job besonders zu:

> „Im Laufe der Zeit habe ich gemerkt, dass ich abends total erschöpft war und habe mir gedacht: Du hast doch gar nichts getan. Wovon bist du denn so groggy, dass du dich einfach nur noch ins Bett legen und schlafen könntest.“ (EN03, Z. 227 ff.)

Sie hat tagsüber die Langeweile und Monotonie gespürt und hatte abends ein schlechtes Gewissen: „Weil wenn ich Feierabend habe, bin ich jemand, der das Gefühl braucht, dass er was geleistet hat. Und es gab Phasen, die das nicht hergegeben haben.“ (EN03, Z. 222 f.) Frau Schulze hat sich im Sicherheits- und Gesundheitsbereich weiter qualifiziert und wollte zusätzliche Aufgaben übernehmen. Teilweise wurde ihr das auch gestattet, aber der Chef achtet sehr darauf, dass sie nebenher nicht so viele

Zusatzaufgaben übernimmt. Ihren innerbetrieblichen Versetzungswünschen wurde nicht entsprochen, was sich auch mit der Rationalisierung im Unternehmen erklären lässt. Frau Schulze fühlt sich nicht hinreichend wertgeschätzt und ist sehr bemüht, selbst wieder positiver über ihre Aufgabe zu reden:

> „Ich hatte auch eine Zeit lang das Gefühl, dass ich keine adäquate Arbeit habe; habe meine eigene Arbeit abgewertet. Irgendwann habe ich das revidiert, denn ich bin schon eine wichtige Anlaufstelle.“ (EN03, Z. 380 ff.)

Sie stellt sich der Herausforderung, möglichst viele Personen, die regelmäßig kommen, mit Namen ansprechen zu können. Trotzdem äußern sich die Belastungen auch in körperlichen Reaktionen. Frau Schulze klagt über Schulterverspannungen, Tinnitus und gelegentliche depressive Phasen. Sie ist zur Zeit des Interviews krankgeschrieben und hat eine Reha beantragt: „Ich denke, es ist wichtig für mich, kurz abzutauchen und wieder fit zu werden.“ (EN03, Z. 715) Mit viel Sport versucht sie die Ängste und negative Gedanken zu vertreiben. Sie hat noch zehn Berufsjahre vor sich und würde gerne noch etwas anderes machen, ohne die Arbeitslosigkeit zu riskieren. Es ist ihr bewusst, dass sie es mit Mitte 50 und ihrem aktuellen Tätigkeitsspektrum auf dem Arbeitsmarkt schwer hat. Obwohl sie in den letzten Jahren viel in Weiterbildung investiert hat, ergab sich daraus noch keine echte Alternative zum aktuellen Job, der aus ihrer Sicht ganz gut bezahlt wird.

14.2.2 Der Fall Steiger: „Das ist Beschäftigungstherapie“

Frau Steiger ist Mitte 40, hat studiert und arbeitet seit mehreren Jahren als außertarifliche (AT-)Beschäftigte im technischen Bereich eines internationalen Großunternehmens. Sie benennt zwei Ursachen für ihre länger anhaltende Unterforderung am Arbeitsplatz:

1) In einem internationalen Konzern wird permanent reorganisiert, rationalisiert und Arbeitspakete werden zwischen Abteilungen hin- und hergeschoben. Dies kann dazu führen, dass gelegentlich quantitativ sehr wenig zu tun ist.
2) Wenn Eltern nach der Geburt von Kindern teilweise aussteigen oder ihre Arbeitszeit reduzieren, kann es vorkommen, dass ihnen weniger interessante und anspruchsvolle Aufgaben übertragen werden. Dieses Risiko der qualitativen Unterforderung trifft vor allem Mütter nach der Rückkehr aus den Erziehungszeiten.

Frau Steiger war von beiden Entwicklungen betroffen und hatte über fünf Jahre hinweg relativ wenig zu tun. Das hat sich massiv auf ihr Wohlbefinden ausgewirkt:

> „Es ist anstrengend. Also erst mal bist du genauso fertig, als würdest du zu viel arbeiten. Das Problem war, mir saß ja ein Kollege gegenüber. Das heißt, man muss ständig etwas zu tun haben. Es ist eine Beschäftigungstherapie. (…) Man fühlt sich nicht wertgeschätzt, man sucht verzweifelt nach Arbeit und irgendwann denkt man sich, dann mache ich halt nichts, wenn die das so wollen." (AR12, Z. 431 ff.)

Ihre Strategie im Umgang mit der wenigen Arbeit beschreibt sie so:

> „Ich habe alles langsamer gemacht, obwohl ich sonst eher durch Arbeit getrieben wurde. Ich habe erst einmal gelernt mich zurückzunehmen und wenn eine Anfrage reinkam, dann habe ich sie erst einmal liegen lassen. Dann lag was auf dem Tisch und es sah schon einmal nach Beschäftigung aus." (AR12, Z. 495 ff.)

Sie hat sich immer wieder an ihre Vorgesetzten gewendet und um mehr oder eine anspruchsvollere Arbeit gebeten. Die Führungskräfte wechselten allerdings in relativ kurzen Abständen und waren nicht daran interessiert, sich besonders intensiv mit diesem Einzelfall zu beschäftigen. Frau Steiger bekam weitere unattraktive Arbeiten zugeteilt – z. B. das Vervollständigen von Statistiken (wohlgemerkt: als AT-Angestellte). Dies führte dazu, dass ihre variablen Entgeltbestandteile immer weiter gekürzt wurden und sie für einen internen Wechsel kaum noch infrage kam. Sie würde in ihrem Fall kein Mobbing unterstellen: „Das war keine Böswilligkeit von denen, das war einfach Unfähigkeit und Verlegenheit." (AR12, Z. 821 f.) Die sehr belastende Situation wurde letztendlich durch einen Chef aufgelöst, der bereit war, sich trotz kurzer Verweildauer auf ihren besonderen Fall einzulassen:

> „Ich bin dahin und habe gesagt, was hier mit mir läuft ist die allergrößte Sauerei schlechthin. Ich bin völlig ausgerastet und habe danach noch geheult. Ich hatte fast einen Zusammenbruch, weil ich die Schnauze so voll hatte." (AR12, Z. 746 ff.)

Laut Auskunft von Frau Steiger kommt es in diesem internationalen Konzern häufiger vor, dass Beschäftigte unterfordert sind, weil Zuständigkeiten hin- und hergeschoben werden. „Und wir haben Arbeit. Das ist ja das Bekloppte. Nur der Laden ist so komplex und groß, dass der Überblick fehlt und Veränderungen irre lange dauern." (AR12, Z. 846 f.)

14.2.3 Der Fall Scholl: „Bewusst von Informationen abgeschnitten“

Herr Scholl ist Mitte 60, hat studiert und ist seit mehreren Jahren für den Betriebsrat einer Versicherung freigestellt. Er fühlt sich im Rahmen seiner Betriebsratsarbeit von Kollegen gemobbt und wird nach eigener Aussage bewusst von Informationen abgeschnitten. Ihm werden Termine für wichtige Gespräche nicht immer mitgeteilt oder auch Aufgaben gezielt entzogen. Aus dieser länger währenden Konfrontation innerhalb des Betriebsrats resultiert eine deutliche Unterforderung:

> „Ich warte, ich suche händeringend Arbeit. Ich habe das große Bedürfnis zu gestalten, auf welche Art auch immer. Aber man lässt mich nicht in dem Umfang, in dem ich es gerne hätte.“ (RL08, Z. 162 ff.)

Die unbefriedigende Arbeitssituation hat seine Gesundheit deutlich angegriffen: „Ich habe gemerkt, dass ich körperliche und psychische Probleme bekomme, dass ich nachts nicht gut schlafen kann und Gewicht verliere.“ (RL08, Z. 176 ff.) Vor drei Jahren erlitt Herr Scholl einen Totalzusammenbruch und war mehrere Monate in einer psychosomatischen Klinik. Dort wurde u. a. auch sein Arbeitsverhalten analysiert:

> „Ich war so ein Typ, der ständig am Rad gedreht hat. Der unzufrieden war, wenn er nicht an allen Dingen beteiligt war. In der Klinik hatte ich eine hervorragende Therapeutin. Von ihr habe ich gelernt, die Spreu vom Weizen zu trennen. Nicht mehr diesen Aktionismus in den Vordergrund zu stellen. Auch mal los zu lassen und auszuhalten, dass es auch ohne mich geht.“ (RL08, Z. 289 ff.)

Er beschreibt das Gefühl, nach einem unterfordernden Arbeitstag abends nach Hause zu kommen, folgendermaßen:

> „Komischerweise fühlt man sich genauso kaputt, als wenn Berge von Arbeit auf dem Tisch gelegen hätten. Also ich kenne auch die andere Seite, dass man eigentlich nicht weiß, wie man das schaffen soll. Und ich hatte in beiden Fällen das Gefühl, ich bin total erledigt. Meine Frau war mir da immer der beste Spiegel. Bei zu viel und komplexer Arbeit bin ich schneller auf der Palme. Bei wenig Arbeit spüre ich eine gewisse Grundgereiztheit, habe aber nicht einmal mehr Lust mich aufzuregen. (…) Meine Frau kennt das und sagt dann: Geh Holz hacken oder mach irgendwas, damit du dich auspowerst.“ (RL08, Z. 531 ff.)

Herr Scholl ist ziemlich frustriert, dass er mit dieser Grundstimmung auf die Verrentung zugeht. Er hätte sich für die letzten Jahre im Job noch ein paar spannende Aufgaben und Projekte gewünscht, die es wohl nicht mehr geben wird. Er verweist darauf, dass seine Unterforderung am Arbeitsplatz bei der Versicherung kein Einzelfall sei. Es gebe diverse Kollegen, die kurz vor dem Übergang in den Ruhestand nicht

mehr den Standort wechseln, auch wenn ihre Aufgabe vor Ort deutlich geschrumpft sei. Unter den jüngeren Beschäftigten gibt es ebenfalls quantitativ Unterforderte, was mit der Fallzuteilung (z. B. nach Buchstaben des Alphabets) zu tun hat. Aus der Ungleichverteilung der Arbeit resultieren innerhalb der gleichen Abteilung sowohl Burnout- als auch Boreout-Fälle.

14.2.4 Der Fall Strauß: „Mein Know-how wird nicht genutzt“

Frau Strauß ist Anfang 30, hat Wirtschaftswissenschaften studiert und ist seit mehreren Jahren im Personalbereich eines Dienstleistungsunternehmens tätig. Sie hat quantitativ im Bewerbermanagement sehr viel zu tun, leidet allerdings deutlich unter einer qualitativen Unterforderung am Arbeitsplatz:

> „Es ist einfach so bei mir, dass ich fachlich total unterfordert bin, weil es Sachbearbeitung irgendwo ist und dieses Know-How, das ich habe, das wird ja gar nicht genutzt oder wenig genutzt. Das bringt einen, nicht täglich, aber in vielen Situationen an den Punkt, dass man unzufrieden ist. Man fühlt sich einfach schlapp, weil man halt nicht gefordert wird, weil es einfach immer dieses stupide Arbeiten ist. Und die Problematik oben drauf ist die, dass man mit der stupiden Arbeit so ausgelastet ist, dass es fast schon wieder ein Stück in den Burnout geht.“ (ET11, Z. 54 ff.)

Im eigenen Bewerbungsgespräch hatte sich das Spektrum der Stelle noch wesentlich vielseitiger angehört. Sie geht sehr offen mit dem Thema Unterforderung um, hat ihren Chef schon mehrfach darauf angesprochen, sucht sich selbst anspruchsvollere Zusatzprojekte und versucht ihre Rolle aktiv zu gestalten. Unangenehm sind aus ihrer Sicht jene (eher seltenen) Phasen, in denen auch mengenmäßig wenig zu tun ist:

> „Im schlimmsten Fall, muss ich ganz ehrlich gestehen, mache ich was für mich. Das fällt ja nicht weiter auf, man sitzt am Rechner, tippt da was, hat was vor sich liegen, was so aussieht, als wäre es Arbeit. Und es war im Endeffekt keine Arbeit, sondern Privatvergnügen. Dann liest man Emails oder die Bildzeitung.“ (ET11, Z. 236 ff.)

Wenn sie unzufrieden ist, wird dieses Gefühl gelegentlich auch mit nach Hause genommen: „In der Nacht wird man dann ab und an mal wach und merkt schon die Unzufriedenheit.“ (ET11, Z. 204 ff.) Frau Strauß baut sich dann selbst wieder auf, indem sie an die positiven Seiten ihres Jobs und eine kurze Zeit der Arbeitslosigkeit denkt:

> „Ich weiß wie es ist zu Hause zu sitzen und keinen Job zu haben. Von daher genieße ich es eigentlich, dass ich jetzt ein festes Einkommen und einen unbefristeten Vertrag habe. Dass ich meine

> Arbeit eben frei gestalten kann. Ich versuche mich an dem, was mir echt Spaß macht an meinem Job, eigentlich hoch zu puschen, würde ich sagen." (ET11, Z. 277 ff.)

Sie spürt einerseits die Wertschätzung ihres Vorgesetzten, fühlt sich andererseits in einer Organisation, die ehemals zum öffentlichen Dienst zählte, nicht angemessen entlohnt. Sie hat sich schon mehrfach nach außen beworben, um ihren Marktwert zu testen, aber eigentlich will sie gar nicht weg – ein Dilemma. Ideal wäre für sie, in der Organisation dauerhaft höherwertige Aufgaben übernehmen zu können, was sich allerdings nicht abzeichnet. Etwas Angst macht ihr die unbefriedigende Aussicht, dass sie mit Anfang 30 die wichtigsten Aufgaben im Personalbereich alle schon einmal bearbeitet hat, aber noch 40 Jahre Berufstätigkeit vor ihr liegen.

14.2.5 Der Fall Schmidt: „Zwischen Verzweiflung und Riesenwut"

Frau Schmidt ist Anfang 50, hat Pädagogik studiert und ist seit mehreren Jahren in leitender Position im Sozialbereich tätig. Sie arbeitet direkt unter einem ehrenamtlichen Vorstand, der aus wechselnden und wenig veränderungsbereiten Personen besteht. Obwohl das wirtschaftliche Umfeld der Organisation schwierig ist, wird Frau Schmidt bei der Umsetzung neuer Ideen immer wieder gebremst. Ihre Position soll nicht mit zu viel Macht und Entscheidungsbefugnissen ausgestattet werden. Dadurch reduziert sich ihre Arbeit auf Sekretariats- und Verwaltungstätigkeiten (Sitzungen organisieren, Auskünfte am Telefon geben, …), für die sie im Grunde überbezahlt wird. Außerdem ist mengenmäßig so wenig zu tun, dass sich allenfalls 50 % der Arbeitszeit sinnvoll mit berufsbezogenen Aufgaben füllen lassen. Frau Schmidt hat nach eigener Aussage immer wieder darauf hingewiesen, dass sie wenig zu tun hat und gerne mehr machen würde. Auch die Anforderung einer aktualisierten Stellenbeschreibung hat die Situation, die sich seit mehreren Monaten immer weiter verschlechtert, nicht entscheidend verändert. Sie hat den Eindruck, dass ein nicht bearbeiteter Konflikt die Ursache allen Übels ist, der sich längst verhärtet hat und sich nicht einseitig lösen lässt: „Ich habe das Gefühl, ich habe alles probiert." (ED02, Z. 553) Am Ende eines Arbeitstags fühlt sich Frau Schmidt völlig kaputt und möchte mit niemanden mehr reden, selbst wenn sie tagsüber sehr wenig gesprochen hat. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie nach Schilderungen ihres Arbeitsalltags von Freunden schon häufiger Folgendes zu hören bekam: „Ach so einen Job hätte ich auch gerne mal." (ED02, Z. 616) Es fällt ihr schwer, die Belastungen

einer Unterforderung am Arbeitsplatz gegenüber Menschen zu schildern, die selbst im Beruf eher überfordert sind: „Also da kannst du nicht groß klagen, auch wenn du dich schlecht fühlst.“ (ED02, Z. 617) Die gesundheitlichen Konsequenzen werden seit einigen Wochen immer gravierender:

> „Dieser Frust, den ich da habe, der ist natürlich enorm. Und ich knirsche nachts ganz krass mit den Zähnen. Manchmal kommen ernsthaft depressive Phasen, wo ich auch nicht mehr weiß, wie ich da je rauskommen soll. Ich habe das Gefühl, dass ich immer schlechter werde und meine Fähigkeiten verliere. Ich kann nachts nicht schlafen und traue mir immer weniger zu.“ (ED02, Z. 651 ff.)

Wenn einmal etwas Anspruchsvolleres zu tun ist, was sie früher eher nebenbei erledigt hat, dann gerät sie heute schnell unter Stress. Warum bleibt Frau Schmidt bei dem Arbeitgeber, auch wenn es ihr dabei nicht gut geht?

> „Also ich glaube, ich war lange dort, weil das eben so eine Sicherheit bedeutet hat. Ich finde es ganz gut bezahlt, also bin ich zufrieden mit dem Geld. Und ich glaube, dass ich das so schnell auch nicht wieder kriege.“ (ED02, Z. 573 ff.)

Sie hat Bedenken, mit einem pädagogischen Studium, mit Mitte 50 und nach einer längeren Phase der Unterforderung keinen ähnlich gut dotierten Job mehr zu finden, den sie auch bewältigen kann. Eine Möglichkeit zur Verbesserung ihrer Situation sieht sie in einer Veränderung der Zusammensetzung des ehrenamtlichen Vorstands, die allerdings nur alle paar Jahre vorkommt.

14.3 Analyse und Einordnung der Fallstudien

Die fünf Fälle wurden von den Autoren aus einem größeren Pool an Fallstudien bewusst ausgewählt, um die Vielfalt der Ausprägungen und gesundheitlichen Folgen von Unterforderung am Arbeitsplatz in diesem begrenzten Beitrag zu verdeutlichen. Eine Boreout-Problematik kann Männer und Frauen, Jüngere und Ältere, Beschäftigte in großen und mittleren Organisationen diverser Branchen, mit sehr unterschiedlichen Qualifikationen und auf verschiedenen Positionen betreffen. Ihre Aussagen werden nachfolgend mithilfe von vier Querschnittfragen analysiert.

14.3.1 Welche Boreout-Konstellation liegt jeweils vor?

Die unterschiedlichsten Menschen können am Arbeitsplatz unterfordert sein: Auszubildende, Führungskräfte, Sekretäre, Beamte, Produktionsmitarbeiter oder einfache

Angestellte (vgl. Günthner, 2014). Tabelle 14.1 verdeutlicht, auf welchen unterschiedlichen Dimensionen unsere fünf Fälle zu verorten sind:

Tab. 14.1: Grundlegende Dimensionen der fünf Fälle im Überblick

Fall	m/w	Alter	Ausbildung	Position	Branche	Unternehmensgröße
Schulze	w	Mitte 50	Lehre	Empfang	Nahrungsmittel	KMU
Steiger	w	Mitte 40	Studium	Technik AT	Maschinenbau	groß
Scholl	m	Mitte 60	Studium	Betriebsrat	Versicherung	groß
Strauß	w	Anfang 30	Studium	Personal	Dienstleistung	groß
Schmidt	w	Anfang 50	Studium	leitend	Sozialbereich	KMU

Vier von den fünf Betroffenen sind Frauen, gehören zu den älteren Beschäftigten (> 45 Jahren) und haben ein Studium absolviert. Diese Relationen sind repräsentativ für jene Unterforderten, die dem Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft umfangreich über ihre Arbeitssituation Auskunft gegeben haben. Es gibt allerdings keine verlässlichen Informationen über die Zusammensetzung der Grundgesamtheit aller unterforderten Beschäftigten in Deutschland. Eine derzeit laufende Analyse eines Boreout-Blogs mit über 250 Beteiligten deutet darauf hin, dass sich auch eine größere Zahl von Männern insbesondere qualitativ unterfordert fühlt (≤ 45 Jahre, berufstätig ohne Studienabschluss).[58] Der Psychotherapeut Merkle vom Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt berichtet von mehr betroffenen Frauen als Männern, die mit einer Boreout-Problematik zu ihm kommen. Dies könnte allerdings daran liegen, dass sich Frauen bei psychischen Problemen eher um Hilfe bemühen, während Männer in solchen Situationen eher zu Suchtmitteln greifen (vgl. Radel, 2010).

Unter den fünf Betroffenen in unseren Fällen sind eine Geschäftsführerin aus dem sozialen Bereich, eine AT-Beschäftigte aus einem großen Maschinenbau-Unternehmen, ein freigestellter Betriebsrat einer Versicherung, eine Personalreferentin aus dem Dienstleistungsbereich sowie eine Empfangsmitarbeiterin aus einem produzierenden Unternehmen. Das Spektrum geht also durch mehrere Branchen, Organisationsgrößen, Hierarchieebenen und findet sich so auch in den weiteren

58 Der Boreout-Blog ist unter folgender Website einsehbar: http://www.erfolgreich-im-leben.com/blog/karriere-arbeit/boreout-syndrom.html (14.07.2015).

Fallstudien wieder. Die Unterforderung am Arbeitsplatz entsteht zwar schwerpunktmäßig im Verwaltungsbereich (vgl. Rothlin/Werder, 2014, S. 108; Prammer, 2013, S. 124 ff.; Günthner, 2014, S. 29), ist aber auch sonst weit verbreitet: Personenschützer, U-Bahn-Fahrer, Call-Center-Beschäftigte, Fließbandarbeiter, Ärzte oder auch Polizisten können (auf unterschiedlichen Ebenen) chronisch unterfordert sein. Bei den Selbstständigen unterscheidet sich die Wahrnehmung der Autoren deutlich von Rothlin/Werder, die davon ausgehen, dass das Eigentum an einem Unternehmen „dem Boreout keine Chance lässt“ (Rothlin/Werder, 2014, S. 103). Es ist bekannt, dass es auch Existenzgründer gibt, denen die Aufträge fehlen sowie etablierte Selbstständige, die vergebens auf Kunden warten und sich langweilen.

14.3.2 Wie kam es zur Unterforderung am Arbeitsplatz?

Hier sind die fünf Fälle sehr unterschiedlich gelagert. Frau Strauß fühlt sich als relativ junge Expertin im Personalbereich vor allem qualitativ unterfordert. Sie könnte fachlich viel mehr leisten und leidet darunter, dass ihr Know-how nicht umfassend abgerufen wird. Häufig ist quantitativ sehr viel zu tun, besonders im Bewerbermanagement, allerdings eher auf der Sachbearbeitungsebene. Frau Strauß empfindet einen wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit als relativ stupide, monoton und routiniert. In ihrem Vorstellungsgespräch wurde ihr ein vielfältigeres Aufgabenspektrum in Aussicht gestellt, allerdings müssen immer viele Beschäftigte neu rekrutiert werden. Sie würde gerne konzeptioneller arbeiten und sucht sich selbst anspruchsvolle Zusatzprojekte in Richtung Personalmarketing, Assessment Center und Personalentwicklung. Ihre im wirtschaftswissenschaftlichen Studium erworbenen Kompetenzen gehen weit über das klassische Bewerbermanagement (Stellenausschreibung, Vorstellungsgespräche, …) hinaus, werden allerdings nicht abgerufen. Diese Konstellation ist nicht neu, sondern gerade bei jüngeren Fach- und Führungskräften häufiger anzutreffen (vgl. Vedder/Vedder, 2010, S. 34).

Bei Herrn Scholl, dem freigestellten Betriebsrat kurz vor der Rente, liegt der Fall anders. Er sucht händeringend nach Arbeit, fühlt sich qualitativ und quantitativ überhaupt nicht ausgelastet. Innerhalb des Gremiums liegt definitiv ein starker Konflikt vor; Herr Scholl selbst fühlt sich von seinen Kollegen gemobbt. Er wird nach eigener Aussage bewusst von Informationen abgeschnitten, ihm werden relevante Termine nicht mitgeteilt oder auch Aufgaben entzogen. Arbeitsentzug und Informa-

tionsverweigerung gehören zu den klassischen Mobbinghandlungen, die häufig eine Unterforderung am Arbeitsplatz zur Folge haben. Insbesondere älteren Beschäftigten droht die Gefahr des Kaltgestellt-Werdens: „Wer möchte schon gern als überflüssig und dem alten Eisen zugehörig stigmatisiert werden." (BAUA, 2003, S. 10)

Frau Schulze, Empfangsmitarbeiterin in einem produzierenden Betrieb, ist mit einem stark schwankenden Arbeitsanfall im Tagesverlauf konfrontiert. Während vormittags häufig viel zu tun ist, vergehen die Nachmittage sehr schleppend. Sie klagt dann über Langeweile und Monotonie, zumal es sich um eine sehr exponierte Stelle handelt, auf der sich z. B. das Surfen im Internet verbietet. Ihre neu erworbenen Zusatzqualifikationen im Sicherheits- und Gesundheitsbereich kann sie nur begrenzt anwenden. Einerseits achtet ihr Vorgesetzter darauf, dass sie nicht zu viele Zusatzaufgaben übernimmt, die Abwechslung versprechen würden. Außerdem hat er sich auch vehement gegen eine Versetzung ausgesprochen, was auf einen verschleppten Konflikt hindeutet. Andererseits ist der Betrieb aber auch von starken Rationalisierungen betroffen und musste bereits Aufgaben an andere Standorte abgeben: Hier vermischen sich objektive und individuelle Ursachen für die Entstehung von Unterforderung am Arbeitsplatz. Auch wurde noch nicht wirklich versucht, das Aufgabenspektrum am Empfang zu erweitern und die Tätigkeit anzureichern.

Bei Frau Schmidt, der Geschäftsführerin im Sozialbereich, trägt die Arbeit unter einem ehrenamtlichen Vorstand wesentlich zur Unterforderung am Arbeitsplatz bei. Diese Konstellation ist uns auch aus anderen Boreout-Fallstudien bekannt, in denen wenig veränderungsbereite Ehrenamtliche in einem schwierigen Umfeld strategische Entscheidungen fällen müssten, dies aber aus Gründen der fachlichen Überforderung nicht tun. Das Ausbremsen neuer Ideen führt dazu, dass sich das Arbeitsspektrum der hauptamtlichen Führungskräfte einengt und teils auf reine Verwaltungstätigkeiten reduziert wird (vgl. Redmann, 2012, S. 159 ff.). Frau Schmidt sieht einen schwelenden Konflikt als Ursache allen Übels, an dem sie unbedingt arbeiten möchte, der Vorstand aber nicht. Sie hat nach eigener Aussage immer wieder darauf hingewiesen, dass sie zu wenig zu tun hat und gerne mehr machen würde. In den Anfängen ihrer Tätigkeit hat Frau Schmidt viel Zeit damit verbracht, die Öffentlichkeitsarbeit der Organisation zu professionalisieren. Doch diese interessante Aufgabe reduziert sich inzwischen auf Aktualisierungen. Heute kann sie allenfalls noch 50 % ihrer Arbeitszeit sinnvoll mit berufsbezogenen Tätigkeiten füllen und war-

tet auf einen Wechsel der Vorstandsmitglieder, damit sich die verfahrene Situation auflösen kann.

Frau Steigers Weg in die Unterforderung am Arbeitsplatz wurde durch zwei sehr unterschiedliche Entwicklungen forciert. Sie ist als AT-Beschäftigte in einem internationalen Konzern tätig, in dem permanent Führungskräfte und Zuständigkeiten verschoben werden. Nach einer Krankheitsphase vor einigen Jahren kam sie ins Unternehmen zurück und hatte wichtige Aufgaben an andere Abteilungen des gleichen Standorts und sogar ins Ausland verloren. Sie musste lange kämpfen, um wieder ähnlich spannende Tätigkeiten übernehmen zu können. Zwischenzeitlich nahm sie eine Familienauszeit und kam als hochqualifizierte Teilzeitkraft in die Organisation zurück. Auch diese Entwicklung hat dazu geführt, dass sie mit weniger anspruchsvollen Aufgaben betraut wurde und teilweise auch mengenmäßig viel zu wenig zu tun hatte. Da ihre Chefs permanent wechselten, wollte sich über fünf Jahre hinweg kein Vorgesetzter intensiver mit ihrem Fall befassen. Inzwischen hat sie sich mithilfe einer empathischen Führungskraft wieder ein interessantes Aufgabengebiet gesichert und inhaltlich erschlossen.

14.3.3 Wie wirkt die Unterforderung auf die Betroffenen?

Die gesundheitlichen, motivationalen und emotionalen Konsequenzen der Unterforderung am Arbeitsplatz in den fünf Fällen weisen Gemeinsamkeiten, aber auch große Unterschiede auf. Alle Betroffenen berichteten davon, dass sie abends völlig erschöpft waren, selbst (oder gerade) wenn tagsüber sehr wenig zu tun war. Einen Sonderfall stellt die Situation von Frau Strauß dar, die quantitativ i. d. R. sehr viel zu tun hat und gelegentlich einem Burnout nahe ist. Gleichzeitig ist die Arbeit qualitativ oft unterfordernd und aus dieser Kombination resultiert starker Stress. Wie aus der Übersicht in der Tabelle 14.2 deutlich wird, können drei Betroffene nachts nicht gut schlafen. Das Spektrum der Krankheitsbilder und Symptome reicht von Schulterverspannungen, Gewichtsverlust, Zähneknirschen bis zu Tinnitus. Frau Schulze berichtet von gelegentlichen depressiven Phasen, Frau Schmidt von ernsthaft depressiven Phasen, Frau Steiger von einem Fast-Zusammenbruch und Herr Scholl von einem längeren Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik. Es handelt sich also oft um ernsthafte gesundheitliche Probleme, die relativ eindeutig mit der Boreout-Situation in Verbindung gebracht werden.

Tab. 14.2: Konsequenzen der Unterforderung am Arbeitsplatz

Fall	gesundheitlich	motivational/emotional
Schulze	abends totale Erschöpfung, Schulterverspannungen, Tinnitus, gelegentliche depressive Phasen	soziale Isolation, Langeweile, Monotonie, schlechtes Gewissen (viel Geld für wenig Arbeit)
Steiger	abends völlig fertig	bekam unattraktive Aufgaben, beim Chef völlig ausgerastet, geheult, fast ein Zusammenbruch
Scholl	körperliche/psychische Probleme, kann nachts nicht gut schlafen, verliert Gewicht, ist sehr gereizt; vor 3 Jahren Zusammenbruch, Aufenthalt in psychosomatischer Klinik über mehrere Monate	
Strauß	wird nachts wach, weil sie mit der Situation unzufrieden ist; quantitativ oft sehr viel zu tun (Burnout) + gleichzeitig langweilige Aufgaben (Boreout)	
Schmidt	kann nachts nicht gut schlafen, knirscht stark mit den Zähnen, hat ernsthafte depressive Phasen	Frustration, Verzweiflung, Wut, Arbeitsleistung wird schlechter, sie verliert das Zutrauen in ihre Kompetenzen, schlechtes Gewissen (wegen der Bezahlung), Stress

Die Folgen auf der motivational-emotionalen Seite weisen ebenfalls auf Belastungen hin, die (auch in anderen Fällen) häufig mit den Begriffen Langeweile und Monotonie versehen werden. Dazu kommen weitere Aspekte: Frau Schulze leidet am Empfang unter einer sozialen Isolation, weil sie wenig mit Kollegen zu tun hat. Herr Scholl ist gelegentlich nach der Arbeit sehr gereizt und wird dann von seiner Frau zum Holzhacken geschickt. Frau Schmidt beobachtet, dass bei rückläufigen Anforderungen ihre Arbeitsleistung immer schlechter wird und sie das Zutrauen in ihre Kompetenzen verliert. Wenn ihr einmal eine größere Aufgabe gestellt wird, ist sie unsicher und hat Bedenken diese überhaupt zu schaffen. Früher hätte sie die gleiche Tätigkeit neben dem Kerngeschäft noch zusätzlich erledigt. Dieses Phänomen wurde in der Fachliteratur bereits beschrieben (vgl. Prammer, 2013, S. 135). Frau Schulze und Frau Schmidt haben ein schlechtes Gewissen gegenüber hart arbeitenden und wenig verdienenden Menschen, da sie nach eigener Einschätzung für geringen Aufwand relativ viel Geld verdienen. Frau Schmidt berichtet darüber hinaus von den starken

Gefühlen Frustration, Verzweiflung und Wut, die sie in ihrer Situation empfindet. Auch diese psychischen Aspekte gilt es beim Boreout zu berücksichtigen.

14.3.4 Welche Boreout-Besonderheiten fallen noch auf?

In allen fünf Fällen hat sich die Unterforderung am Arbeitsplatz langsam entwickelt, wurde zu Beginn sogar als entlastend wahrgenommen und ist erst über Jahre hinweg zu einem echten Problem gewachsen. Dieser Verlauf ist häufiger zu beobachten (vgl. Vedder/Korinth, 2015, S. 6). Die Betroffenen verbleiben i. d. R. in ihrer Boreout-Situation, weil sie die positiven Aspekte der Stelle nicht missen möchten (z. B. relativ gute Bezahlung) und/oder weil sie Bedenken haben, ob sie auf dem Arbeitsmarkt noch eine Chance haben (die Älteren). Alle fünf Personen haben ihre Unterforderung mehrfach den direkten Vorgesetzten angezeigt, ohne dass sich etwas Wesentliches verändert hätte. Dieses Verhalten weicht von der Beschreibung von Rothlin/Werder ab, wonach zum Boreout auch immer Verhaltensstrategien der Vertuschung gehören (vgl. Rothlin/Werder, 2014, S. 33 ff.). Bei aller Offenheit gegenüber den Vorgesetzten berichten zwei Personen davon, dass sie gegenüber Kollegen den Anschein erweckt haben, sie hätten genug zu tun. Herr Scholl weist darauf hin, dass er kein Einzelfall sei, sondern die Unterforderung in den letzten Berufsjahren häufiger vorkommt (wobei es sicherlich auch das genaue Gegenteil gibt). Auch Frau Steiger gibt an, dass von dem ständigen Verschieben der Aufgaben und Zuständigkeiten in einem Konzern und den daraus resultierenden Boreout-Konflikten auch andere Beschäftigte betroffen sind. Häufig gibt es in derselben Abteilung auf demselben Flur sowohl Boreout- als auch Burnout-Fälle, was mit der Arbeitsorganisation und der ungleichen Arbeitsverteilung zu tun hat. Damit rückt die Verantwortung der Führungskräfte in den Mittelpunkt des Interesses, die auf die Rückmeldung der Unterforderung in den meisten Fällen nicht angemessen reagiert haben. Es stellt sich die Frage, wer eigentlich wann und was gegen die Unterforderung am Arbeitsplatz unternehmen kann.

14.4 Mögliche Maßnahmen gegen die Unterforderung am Arbeitsplatz

> „Der Arbeitgeber muss allen Beschäftigten eine vertragsgemäße Beschäftigung zuweisen. Das ist sein Teil des Arbeitsvertrages, zu dessen Erfüllung er verpflichtet ist. Wenn er dieser Verpflichtung nicht nachkommt, kann eine Klage auf vertragsgemäße Beschäftigung am Arbeitsgericht eingereicht werden. (…) Der Arbeitgeber muss nicht bloß aufgrund seiner Treuepflicht, sondern

> vor allem auch aufgrund der jedermann aus Art. 1 und Art. 2 des Grundgesetzes obliegenden Verpflichtung alles unterlassen, was die Würde des Arbeitnehmers und die freie Entfaltung der Persönlichkeit beeinträchtigen kann.“ (NCI-News, 2015)

Dieser Text von einer juristischen Ratgeberwebseite deutet darauf hin, dass es für die betroffenen Organisationen nicht nur aus Gründen der Gesundheitsförderung unbedingt Sinn macht, sich intensiver mit dem Phänomen der Unterforderung am Arbeitsplatz zu beschäftigen. Insbesondere die direkten Vorgesetzten, die Betriebs- und Personalräte, die Gleichstellungsbeauftragten (Rückkehr aus der Elternzeit) sowie die Personalabteilungen sollten daran mitwirken, dass es nicht zu Boreout-Situationen kommt und arbeitsbezogene Frustrationen gar nicht erst entstehen. Mitarbeitergespräche und Beschäftigtenbefragungen können dazu genutzt werden, auch dieses Tabuthema systematisch anzusprechen. Folgende Maßnahmen kommen beispielsweise infrage, um Formen der Unterforderung am Arbeitsplatz zu vermeiden (vgl. Vedder/Korinth, 2015, S. 10 f.):

- **Personalrekrutierung:** In Stellenanzeigen und Vorstellungsgesprächen werden hin und wieder Erwartungen geweckt (anspruchsvolle Zusatzprojekte), die später im beruflichen Alltag nicht einzulösen sind. Die Erstellung eines aussagekräftigen Anforderungsprofils sowie eine gute Strukturierung der Interviews können dazu beitragen, dass die Passung zwischen Person und Tätigkeit relativ hoch ausfällt.
- **Personaleinarbeitung:** Die Unterforderung am Arbeitsplatz zeigt sich bei neuen Stellen häufig schon während der Einarbeitungsphase. Während dieser Phase ist es wichtig, realistische Einschätzungen vorzunehmen und mit den neuen Beschäftigten im Gespräch zu bleiben.
- **Arbeitsgestaltung:** Eine persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung kann an der Form der Arbeitsteilung, den Arbeitsabläufen und den Arbeitsverfahren ansetzen. Mithilfe von Job Enlargement, Job Enrichment und vor allem Job Rotation lassen sich wesentliche Verbesserungen erzielen.
- **Personalentwicklung:** Wenn in einem Arbeitsbereich dauerhaft weniger Arbeit anfällt und in anderen Abteilungen sehr viel zu tun ist, kann über eine Weiterqualifizierung oder Umschulung der Beschäftigten nachgedacht werden, was eine Versetzung auf einen alternativen Arbeitsplatz ermöglicht.

- **Arbeitszeitreduktion:** Wenn an einem Standort dauerhaft weniger Arbeit anfällt, eine Versetzung nicht infrage kommt, aber die Beschäftigten unter Umständen auch mit weniger Einkommen einverstanden wären, könnte eine Reduktion der Arbeitszeit hilfreich sein.

Auch die Boreout-Betroffenen selbst müssen dazu beitragen, dass ihre Fälle überhaupt publik werden und Führungskräfte die Chance bekommen, darauf (angemessen) zu reagieren. Ein *externes Boreout-Coaching* kann sehr hilfreich sein, um die gesamte Situation zu analysieren und die eigenen (Lebens-)Ziele zu präzisieren. Das Bewusstmachen und Hinterfragen individueller Denk- und Verhaltensmuster bietet die Möglichkeit, einen Veränderungsprozess einzuleiten, der zu einer neuen beruflichen Herausforderung führt. Oder es hilft dabei, das aktuelle Aufgabenspektrum zu erweitern und den Sinn der Arbeit wieder zu entdecken. In den hier analysierten Fällen der Unterforderung am Arbeitsplatz wäre ein individueller Mix dieser Maßnahmen vielversprechend. Zudem müsste aktiv an den Themen *Konfliktmanagement* und *Mobbing* gearbeitet werden, die jeweils eine besondere Rolle spielen.

14.5 Fazit

Menschen verbringen einen beträchtlichen Anteil ihrer Lebenszeit am Arbeitsplatz – und ein Teil dieser Menschen hat dort sehr wenig und/oder wenig Anspruchsvolles zu tun. Wer einen Job, aber im Grunde kaum Arbeit hat, erlebt in der Organisation wenig Anerkennung, Wertschätzung, Netzwerkbildung oder auch Persönlichkeitsentwicklung. Einige arrangieren sich mit dieser Situation und verlagern ihre Aktivitäten in die Freizeit. Sie übernehmen mehrere Ehrenämter, treiben intensiv Sport, bauen ein Haus, … und erholen sich im Beruf von den Belastungen des Privatlebens. Andere haben ein eigenes Büro mit Internetzugang und können dort ungestört z. B. Fernstudiengänge abschließen, Ebay-Aktivitäten managen oder mit Aktien handeln.

Es gibt allerdings auch eine große Gruppe von unterforderten Beschäftigten, die unter ihren Arbeitssituationen leiden, das Nichtstun als Stress empfinden und auf mittlere Sicht krank werden. Dazu gehören jene fünf Fälle, die in diesem Artikel genauer vorgestellt wurden. Dort treten Belastungen und Beanspruchungen auf, die von den Organisationen zwar teilweise wahrgenommen, aber nicht auf Boreout zurückgeführt werden. In der einschlägigen Fachliteratur wird häufig erwähnt, dass die Unterforderung eine Fehlbeanspruchung darstellt (vgl. Hackman/Oldham, 1980;

Flöck, 1989; Csikszentmihalyi, 2000; Joiko et al., 2010; Lohmann-Haislah, 2012). Daraus zieht das betriebliche Gesundheitsmanagement jedoch aus Sicht der Autoren noch viel zu wenig Schlüsse. Dabei würde sich z. B. die *Gefährdungsbeurteilung* anbieten, um das Thema in den Organisationen systematischer aufzugreifen (vgl. BAUA, 2013). Es gibt offensichtlich nur in wenigen Organisationen eine Kultur der Offenheit, die es zulässt, die eigene Unterforderung ohne Risiken anzusprechen. In den untersuchten Fällen artikulierten die Boreout-Betroffenen entweder ungeliebte Arbeiten zugeteilt zu bekommen oder sie fürchten um den Wegfall des eigenen Jobs.

Die Betriebs- und Personalräte tragen in den untersuchten Fällen eher die „Fahne der Überforderung" vor sich her, als sich für eine Umverteilung von Arbeit einzusetzen, die für unterforderte Kollegen eine erwünschte Mehrarbeit mit sich bringen würde. Interessant ist in diesem Zusammenhang eine in diese Richtung weisende Originalaussage vom Interviewten Herrn Scholl, der sowohl Boreout-Betroffener als auch Betriebsrat ist:

> „Die Beschäftigten haben Recht wenn sie sagen: Da kannst du den Betriebsrat vergessen. (…) Es sei denn einer hat ein Faible dafür und sagt: Lass uns doch mal genau schauen wie die Arbeit verteilt ist. (…) Ja stimmt, die Überforderten sind deutlich stärker im Fokus. Und dann kommt noch eins dazu: Man will eigentlich niemandem so richtig weh tun und ist immer auf Ausgleich bedacht." (RL08, Z. 464 ff.)

Die Vorgesetzten sind ebenfalls häufig mit den Boreout-Situationen überfordert. Entweder mangelte es bei ihnen, laut eigener Aussage, am Konfliktmanagement, sie wechseln im Konzern häufig ihre Position und zeigen wenig Interesse an Einzelfällen oder haben als ehrenamtlich Tätige im Vorstand große Probleme, die Zeichen der Veränderung zu erkennen und darauf angemessen zu reagieren. Sie benötigen Unterstützung von den Personalabteilungen, die sich eigentlich von Haus aus für das Thema interessieren müssten. Schließlich wirkt sich die Unterforderung am Arbeitsplatz auch auf personalwirtschaftliche Kennzahlen wie die Fehlzeiten oder die Fluktuation aus. Mit dem *Job Crafting* steht ein interessantes Instrument zur Verfügung, um eine proaktive Arbeitsplatzgestaltung in enger Zusammenarbeit mit den Beschäftigten umzusetzen (vgl. Müller, 2013, S. 91 ff.). Auf diesem Weg ließe sich ein gelebter Kulturwandel anstoßen, der auch Auswirkungen auf das Themenfeld Gesundheit in Organisationen entfalten würde.

Literatur

BAUA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2013). *Gefährdungsbeurteilung psychischer Belastung.* Berlin: Erich Schmidt.

BAUA – Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2003). *Wenn aus Kollegen Feinde werden.* Dortmund: Verlag für neue Wissenschaft.

Csikszentmihalyi, M. (2000). *Das Flow-Erlebnis. Jenseits von Angst und Langeweile.* Stuttgart: Klett-Cotta.

Flöck, G. (1989). *Qualifikatorische Über- und Unterforderung von Personal.* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Günthner, L. (2014). *Boreout statt Burnout.* Hamburg: Diplomica.

Güntzer, A./Kesch, R. (2008). *Angestellte fühlen sich oft unterfordert.* http://www.monster.de/21FebruarAngestelltefuhlensichoftunterfordert-120403793/article.aspx (21.05.2015).

Hackman, R. J./Oldham, G. R. (1980). *Work redesign.* Redding: Addison-Wesley.

Joiko, K./Schmauder, M./Wolff, G. (2010). *Psychische Belastung und Beanspruchung im Berufsleben: Erkennen – Gestalten.* Dortmund/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Lohmann-Haislah, A. (2012). *Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden.* Dortmund/Berlin/Dresden: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.

Loukidou, L. (2009). *Boredom in the workplace: More than monotonous tasks.* International Journal of Management Reviews, 11 (4), S. 381–405.

Mann, S. (2007). *The boredom boom.* The Psychologist, 20 (2), S. 90–93.

Müller, E. B. (2013). *Innovative Leadership – die fünf wichtigsten Führungstechniken der Zukunft.* Freiburg: Haufe Gruppe.

NCI-News (2015). *Arbeitsentzug verstößt gegen Menschenwürde.* http://www.nci-net.de/Archiv/Arbeitsplatz/Arbeitsvertrag/Arbeitsentzug.html#BAG-Menschenwuerde (21.05.2015).

Paulsen, R. (2014). *Empty Labor – Idleness and Workplace Resistance*. Cambridge: University Press.

Poppelreuter, S./Mierke, K. (2012). *Psychische Belastungen am Arbeitsplatz: Ursachen – Auswirkungen – Handlungsmöglichkeiten.* Berlin: Erich Schmidt.

Prammer, E. (2013). *Boreout – Biografien der Unterforderung und Langeweile. Eine soziologische Analyse.* Wiesbaden: Springer.

Radel, I. (2010). *Boreout – Wenn Unterforderung im Job krank macht.* Die Welt, 26.06.2010. http://www.welt.de/gesundheit/article8191445/Boreout-Wenn-Unterforderung-im-Job-krank-macht.html (21.05.2015).

Redmann, B. (2012). *Erfolgreich führen im Ehrenamt.* Wiesbaden: Gabler.

Rothlin, P./Werder, P. R. (2014). *Unterfordert – Diagnose Boreout: wenn Langeweile krank macht.* München: Redline.

Rothlin, P./Werder, P. R. (2007). *Diagnose Boreout: Warum Unterforderung im Job krank macht.* München: Redline.

Rottländer, I. (2009). *Boreout statt Burnout.* http://www.stepstone.de/Ueber-StepStone/presse/boreout-statt-burnout.cfm (21.05.2015).

Scherenberg, V. (2014). *Über- und Unterforderung am Arbeitsplatz: Burn- und Boreout*. Public Health Forum, 22 (82), S. 16–17.

Vedder, G./Korinth, E. (2015). *Handreichung zur Unterforderung am Arbeitsplatz.* http://www.socialnet.de/materialien/212.php (21.05.2015).

Vedder, G./Vedder, M. (2010). *Unterforderte Beschäftigte*. Personal, 62 (1), S. 33–35.
Wutz, A./Marya, S. (2012). *Arbeitslos im Job*. Leipzig: Egelsdorfer.

Autoren

Prof. Dr. Dieter Ahrens

(geb. 1966) ist seit September 2008 Professor für Gesundheitsökonomie und Gesundheitsmanagement im Studienbereich Gesundheitsmanagement an der Hochschule Aalen. Er studierte Betriebswirtschaft in Einrichtungen des Gesundheitswesens an der Fachhochschule Osnabrück sowie Gesundheitswissenschaften und öffentliche Gesundheitsförderung (Public Health) an der Universität Bielefeld. Im Jahr 2001 erfolgte die Promotion zum Thema „Technologiebewertung und Public Health“ an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Vor seinem Wechsel nach Aalen war er von 1997 bis 2004 wissenschaftlicher Mitarbeiter und Assistent in der Arbeitsgruppe Management im Gesundheitswesen (Leitung Prof. Dr. Bernhard Güntert) an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld sowie von 2004 bis 2008 Hochschullehrer an der FH Burgenland. Aktuelle Forschungsgebiete sind Gesundheitsförderungsforschung und Gesundheitssystemforschung.

Prof. Dr. Bernhard Badura

(geb. 1943) ist emeritierter Professor der von ihm mitbegründeten Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld. Er hat an zahlreichen Universitäten geforscht und gelehrt, u. a. an der Universität Konstanz, der Harvard University, den Universitäten Graz und Zürich. Bevor er zur Universität Bielefeld wechselte, war er Direktor des Instituts für Soziologie der technischen Universität Berlin. Seine Hauptforschungsgebiete sind Unternehmensdiagnostik und Grundlagen der Kooperation. Er ist Mitgesellschafter von Salubris, einem Beratungsunternehmen zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Dr. Karina Becker

ist studierte Soziologin. Sie promovierte am Max-Weber-Kolleg für Kultur- und Sozialwissenschaftliche Studien in Erfurt und lehrte und forschte viele Jahre an den Universitäten Jena und Trier. Derzeit arbeitet Karina Becker an der TU Darmstadt am Institut für Soziologie. Die Schwerpunkte ihrer Forschungen bilden die Themen Arbeitsmigration, partizipative Ansätze zum betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, prekäre Arbeit sowie Emotionsarbeit.

Dr. Christine Busch

tätig im Fachbereich Arbeits- und Organisationspsychologie der Fakultät für Psychologie und Bewegungswissenschaften, Universität Hamburg; 2015–2019 Leitung des BMBF-Verbundprojekts e-RegioWerk zu gesundheitsförderlicher Kompetenzentwicklung im HandWerk durch Regionale Vernetzung; 2006–2013 Leitung der BMBF-Verbundprojekte ReSuM und ReSuDi zu Ressourcen- und Stressmanage-

ment für Un- und Angelernte und multikulturelle Belegschaften; 2004 Promotion zu Stress- und Ressourcenmanagement im Call Center; seit 1995 wissenschaftlich tätige Arbeits- und Organisationspsychologin an den Universitäten Potsdam, Innsbruck, Hamburg; 1995 Diplom in Psychologie, Diplomarbeit „Metaanalyse betrieblicher Stressmanagementtrainings"; Bankkauffrau.

Dr. Cornelia Gerdau-Heitmann

Studium der Ernährungswissenschaften in Hamburg und Kiel, Abschluss Diplom Oecotrophologin mit anschließender Promotion am Institut für Toxikologie in Kiel. Parallel Aufbaustudium der Gesundheitswissenschaften in Bremen zum Master of Public Health.

Ab 2001 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) und Leiterin der Arbeitsgruppe Public Health Nutrition. Danach wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP) Bremen, Abteilung Prävention und Gesundheitsforschung, und am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) Bremen, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung sowie an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) in der Koordinierungsstelle Angewandter Rehabilitationsforschung der Klinik für Rehabilitationsmedizin. Seit Januar 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Jade Hochschule in Oldenburg, Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen (TGM) im Bereich „Psychische Gesundheit in der Arbeitsgesellschaft".

Susanne Hildebrandt

studierte Mathematik mit Schwerpunkt Statistik und Physik an der Eberhard Karls Universität Tübingen und der Ruprecht Karls Universität Heidelberg. Sie begann ihre berufliche Laufbahn auf dem Gebiet der Versicherungsmathematik bei der Inter Krankenversicherung AG in Mannheim. Seit 2007 ist Susanne Hildebrandt Mitarbeiterin im IGES Institut und dort Projektleiterin im Bereich „Qualität – Evaluation – Reporting". Neben Themenschwerpunkten der Kalkulation und Evaluation von GKV-Produkten, Bonus-Angeboten und Tarifen betreut sie im IGES Institut als Projektleiterin die Erstellung der DAK-Gesundheitsreporte für die Betrieb, Branchenreporte und Profile. Sie ist Autorin der DAK-Gesundheitsreporte seit 2013. Der aktuelle DAK-Gesundheitsreport hatte das Thema „Doping am Arbeitsplatz" zum Schwerpunkt, aus dem in diesem Themenband berichtet wird.

Prof. Dr. Frauke Koppelin

Studium der Sozialwissenschaften (Diplom); Promotion zur Doktorin der Humanbiologie (Dr. rer. biol. hum.) an der MHH über „Wechselwirkungen zwischen der Pflegebelastung und sozialer Unterstützung bei pflegenden Ehefrauen über 60". Wissenschaftliche Tätigkeit an der Universität Bremen im Fachbereich 11 Human- und Gesundheitswissenschaften und am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS) im Bereich der

arbeitsweltbezogenen Gesundheitsforschung. Seit 2001 Professorin für Gesundheitswissenschaften: zunächst an der FH Oldenburg/Ostfriesland/Wilhelmshaven (bzw. der Folgehochschule Emden-Leer) im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit 2009/2010 bis 2010/11 Vertretung der W3-Professur für Sozialepidemiologie mit Schwerpunkt Geschlecht und Gesundheit im Fachbereich 11 der Universität Bremen. Seit April 2011 Professorin für Gesundheitswissenschaften an der Jade Hochschule Wilhelmshaven Oldenburg Elsfleth in der Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen.

Ella Korinth

Projektmitarbeiterin zur Unterforderung am Arbeitsplatz am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover. Arbeitsschwerpunkte: Boreout-Forschung, Vielfalt in der Weiterbildung.

Jörg Marschall

Soziologe M. A., ist Projektleiter im Bereich Arbeitswelt und Demografie des IGES Instituts in Berlin. Er ist dort seit 2012 Autor des DAK-Gesundheitsreports und führte in diesem Zusammenhang die in diesem Themenband berichtete Studie zur Epidemiologie des pharmakologischen Neuroenhancements durch. Daneben berichtet er regelmäßig über das Arbeitsunfähigkeitsgeschehen in Deutschland, erhebt und analysiert Daten im Kontext Arbeit und Gesundheit, führt Evaluationen durch und berät Unternehmen bei der Gestaltung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Zuvor arbeitete er am Institut für Soziologie der TU Berlin und am iso-Institut in Saarbrücken.

Dr. Sarah Mümken

Magisterstudium der Soziologie, Psychologie und Wirtschaftspolitik an der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster. Promotion zum Dr. phil. im Rahmen des von der Hans-Böckler-Stiftung geförderten Promotionskollegs „NutzerInnenorientierte Gesundheitssicherung" an der Universität Bremen. Anschließend von 2010 bis 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Institut Arbeit und Qualifikation (IAQ) in der Forschungsabteilung „Arbeitsmarkt – Integration – Mobilität" an der Universität Duisburg-Essen. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Jade Hochschule in Oldenburg, Abteilung Technik und Gesundheit für Menschen (TGM) im Bereich „Psychische Gesundheit in der Arbeitsgesellschaft".

Dr. Christin Polzer

ist seit 2013 im Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW in der Arbeitsweltberichterstattung und zum Thema „Wandel der Arbeit" tätig. Sie studierte an der Universität Duisburg-Essen Angewandte Kommunikations- und Medienwissenschaft (B. Sc., 2007) und Angewandte Kognitions- und Medienwissen-

schaft (M. Sc., 2009) mit den Schwerpunkten „Allgemeine und Kognitive Psychologie“ sowie „Sozialpsychologie: Kommunikation, Medien“ und wurde dort 2013 zur Dr. rer. nat promoviert. Während Ihrer Lehr- und Forschungstätigkeit im Fachgebiet „Allgemeine Psychologie: Kognition“ an der Universität Duisburg-Essen (2009–2013) beschäftigte sie sich mit den Themen „Cybermobbing“, „Stress“ und „Websitegestaltung sowie -evaluation“.

Dr. Stefan Poppelreuter

Studium der Psychologie und Betriebswirtschaftslehre an der Universität Bonn, Abschluss Diplom-Psychologe mit Schwerpunkt Wirtschafts- und Organisationspsychologie, Promotion zum Dr. phil., Dissertation zum Thema „Arbeitssucht“. Wissenschaftliche Tätigkeit im Institut für Psychologie an der Universität Bonn. 2001 bis 2009 Projektleiter, später Bereichsleiter bei der TÜV Rheinland Impuls GmbH, Bereich „Personal- und Managementberatung“. Seit 2010 Leiter des Competence Centers Personalentwicklung & Change Management der TÜV Rheinland Consulting GmbH.

Stephanie Pöser

Studium der Psychologie an der Universität Bremen von 1999 bis 2005. Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Universität Bremen zum Thema „Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt“ am Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung von 2005 bis 2015. Beratungstätigkeiten in Organisationen zum Thema „betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitsorganisation“. Lehrtätigkeit im Bachelor-Studiengang Public Health. Von 2009 bis 2013 sowie seit 2015 beim TÜV Nord in der Fahreignungsdiagnostik beschäftigt.

Prof. Dr. Johanne Pundt

Studium der Soziologie, Politikwissenschaften und Ethnologie an der FU Berlin sowie Master-Studiengang Public Health an der TU Berlin; Dekanin Gesundheitswirtschaft an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft; ehemals wissenschaftliche Tätigkeiten an der TU Berlin und Universität Bielefeld.

Prof. Dr. Ulrich Reinhardt

(geb. 1970) ist Zukunftswissenschaftler und Wissenschaftlicher Leiter der Stiftung für Zukunftsfragen – eine Initiative von British American Tobacco. Er hält eine Professur für Empirische Zukunftsforschung am Fachbereich Wirtschaft der FH Westküste in Heide. Seine Forschungsschwerpunkte umfassen u. a. den gesellschaftlichen Wandel, das Freizeit-, Konsum- und Tourismusverhalten sowie die Europaforschung. Er ist Autor zahlreicher Publikationen, seine letzten Buchveröffentlichungen waren u. a. „Zukunft!

Deutschland im Wandel – der Mensch im Mittelpunkt (2015), „Freizeit-Monitor“ (2015), „31. Tourismusanalyse“ (2015), „Blickpunkt Zukunft“ (2014), „Freizeit-Monitor“ (2014), „Generationenvertrag statt Generationenverrat“ (2013), „United Dreams of Europe“ (2011). Ulrich Reinhardt ist Mitglied in unterschiedlichen Beraterkreisen wie dem Zukunftsrat von Ministerpräsident Thorsten Albig und sitzt in Gremien wie dem Kuratorium der „Nordmetall-Stiftung“, der „EBC Hochschule“ oder dem Landeskuratorium des „Stifterverbandes für die Deutsche Wissenschaft“.

Barbara Reuhl

Referentin für Arbeitsschutz- und Gesundheitspolitik bei der Arbeitnehmerkammer Bremen seit 1991. Davor in verschiedenen Arbeitsschutzprojekten sowie in der Erwachsenenbildung, u. a. in der Altenpflegeausbildung, beschäftigt. Mitglied des Netzwerks „Gender in Arbeit und Gesundheit“. Aufbau der Beratungsstelle für Berufskrankheiten im Land Bremen. Gegenwärtige Arbeitsschwerpunkte: Gute Praxis des betrieblichen Arbeitsschutzes, Einbeziehung der psychischen Belastung bei der Gefährdungsbeurteilung, geschlechtersensible betriebliche Gesundheitspolitik sowie barrierefreie Gestaltung von Arbeitsstätten.

Dr. Wolfgang Ritter

Studium der Soziologie an der Universität Bielefeld bis 1994. Wissenschaftlicher Mitarbeiter und Projektleiter an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld. Von 2002–2015 Projektleiter zum Thema „Sicherheit und Gesundheit in der Arbeitswelt“ an der Universität Bremen, Zentrum für Sozialpolitik (ZeS), Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung. Beratungstätigkeiten in Organisationen zum Thema „Betriebliches Gesundheitsmanagement und Arbeitsorganisation“. Lehrtätigkeit im Bachelor- und internationalen Masterprogramm. Aktuell beschäftigt als Teamleiter im Bereich „Gesundheit betrieblicher und Lebensweltsettings“ bei der Handelskrankenkasse (hkk) in Bremen.

Prof. Dr. Dr. Gerhard Roth

(geb. 1942 in Marburg/Lahn) Studium der Philosophie, Germanistik und Musikwissenschaft in Münster und Rom. 1969 Promotion zum Dr. phil. in Philosophie. Studium der Biologie in Münster und Berkeley/Kalifornien. 1974 Promotion zum Dr. rer. nat. in Zoologie. Seit 1976 Professor für Verhaltensphysiologie an der Universität Bremen und bis 2008 Direktor am dortigen Institut für Hirnforschung. 1997–2008 Gründungsrektor des Hanse-Wissenschaftskollegs in Delmenhorst bei Bremen. 2003–2011 Präsident der Studienstiftung des deutschen Volkes. Rund 200 Veröffentlichungen auf den Gebieten Kognitive Neurowissenschaften, Persönlichkeitsforschung und Neurophilosophie, darunter 12 Bücher.

Prof. Dr. Viviane Scherenberg

Diplom-Betriebswirtin, Studium der Angewandten Gesundheitswissenschaften und Public Health an der Universität Bielefeld, Promotion mit Schwerpunkt Prävention am ZeS (Zentrum für Sozialpolitik; Universität Bremen). Dekanin Prävention und Gesundheitsförderung an der APOLLON Hochschule der Gesundheitswirtschaft, langjährige Marketingberaterin und Projektleiterin im Bereich „Health- & Socialcare".

Prof. Dr. Markus-Oliver Schwaab

Studium der Wirtschaftswissenschaften an der Universität Stuttgart-Hohenheim, Abschluss Diplom-Ökonom mit den Schwerpunkten Personal und Organisation, Kreditwirtschaft und Konsumökonomik, berufsbegleitende Promotion zum Dr. phil. an der Universität Koblenz-Landau. 1992 Mitarbeit in dem Grundsatzbereich des Konzernstabs Personal der Dresdner Bank AG; 1994 Abteilungsleiter Personalentwicklung der Kreissparkasse Ludwigsburg; 1997 Personaldirektor der G.B.G. – General Biscuits und Mitglied des Direktionskomitees von DANONE Biscuits Nord; nach Fusion 1999 Griesson – de Beukelaer: Gesamtverantwortung Personal. Seit 2000 in der Lehre der Studiengängen Betriebswirtschaft/Personalmanagement (Bachelor) und Human Resources Management (Master) an der Hochschule Pforzheim tätig.

Dr. Kai Seiler

leitet im Landesinstitut für Arbeitsgestaltung NRW seit 2008 die Fachgruppe „Gesundheitsmanagement, psychosoziale Faktoren" und seit 2014 die Stabsstelle „Transfer und Wissenschaft". Seine Arbeitsgebiete sind u. a. arbeitsweltbezogenes Gesundheitsmanagement, Beschäftigungsfähigkeit und demografischer Wandel, psychische Belastungen und Coping sowie Politikberatung und Arbeitsweltberichterstattung. Er ist Mitglied in diversen fachlichen Landes- und Bundesgremien. Nach der Ausbildung und Tätigkeit als Bankkaufmann studierte er an der Bergischen Universität Wuppertal Psychologie (Diplom, 2001) mit den Schwerpunkten Arbeits- und Organisationspsychologie sowie Klinische Psychologie, wo er 2003 ebenfalls zum Dr. rer. sec. promovierte. Zunächst war er von 2001 bis 2003 beim Institut für Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik und Ergonomie e. V. (ASER) wissenschaftlich tätig. Von 2003 bis 2007 war er Programmleiter bei der Landesanstalt für Arbeitsschutz NRW.

Prof. Dr. Johannes Siegrist

(geb. 1943 in der Schweiz) studierte Soziologie, Sozialpsychologie, Philosophie und Geschichte an den Universitäten Basel und Freiburg i. Br. (Promotion 1969, Habilitation 1973). Er war von 1973–1992 Professor für Medizinische Soziologie an der Universität Marburg und von 1992–2012 Professor für Medizini-

sche Soziologie und Leiter des Public-Health-Studiengangs an der Universität Düsseldorf. Dazwischen übernahm er Gastprofessuren u. a. an der Johns Hopkins University in Baltimore, USA, und an der Universität Utrecht, Niederlande. Seit 2012 ist er Seniorprofessor für Psychosoziale Arbeitsbelastungsforschung an der Universität Düsseldorf.
Seine Forschungsschwerpunkte umfassen die Themen „Psychosoziale Arbeitsbelastungen und Gesundheit" sowie „Soziale Ungleichheit von Gesundheit und Krankheit". Johannes Siegrist ist Mitglied des Hochschulrats der Universität Düsseldorf und er erhielt mehrere nationale und internationale Auszeichnungen, u. a. als korrespondierendes Mitglied der Heidelberger Akademie der Wissenschaften und als Mitglied der Academia Europaea (London).

Dr. Oliver Stettes

(geb. 1970 in Leverkusen) Ausbildung zum Industriekaufmann; Studium der Volkswirtschaftslehre in Köln und Promotion in Würzburg; seit 2004 im Institut der deutschen Wirtschaft Köln; seit 2011 Leiter des Kompetenzfelds „Arbeitsmarkt- und Personalökonomik". Themenschwerpunkte: Arbeitsmarktpolitik, betriebliche Personalpolitik, Mitbestimmung. Zuletzt mehrere Veröffentlichungen zu den Themen „gute Arbeit" und „lebensphasenorientierte Personalpolitik".

Dr. Günther Vedder

Diplom-Kaufmann und Diplom-Soziologe, wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für interdisziplinäre Arbeitswissenschaft der Leibniz Universität Hannover. Arbeitsschwerpunkte: Diversity-Management, Unterforderung am Arbeitsplatz, Zeitknappheit in Organisationen, Glücksforschung, nachhaltiges Personalmanagement.

Abbildungsverzeichnis

Die Abbildungen 5.1, 7.1, 7.2 und 8.3 wurden nachgezeichnet von Carolin Caprano.

Tabellenverzeichnis

Sachwortverzeichnis